

Hodnoty a potřeby lidí s kolorektálním karcinomem

Michaela Mrázková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela Mrázková**

Osobní číslo: **H15058**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Hodnoty a potřeby lidí s kolorektálním karcinomem**

Zásady pro vypracování:

Zpracování literárních rešerší a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kolorektálního karcinomu, změn hodnot a potřeb vlivem onemocnění.

Příprava metodiky výzkumu, kritéria pro výběr respondentů.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BAŠTECKÁ, Bohumila, Jan MACH a kol. Klinická psychologie. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-061-17-0.

DOSTÁLOVÁ, Olga. Péče o psychiku onkologicky nemocných. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5706-3.

GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4736-259.

JIM S KHAN. Colorectal cancer: surgery, diagnostics and treatment. London: IntechOpen, 2014. ISBN 978-953-51-1231-0.

LIPSKÁ, Ludmila a Vladimír VISOKAI. Recidiva kolorektálního karcinomu: komplexní přístup z pohledu chirurga. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247 3026-4.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **5. prosince 2018**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2019**

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

L.S.

doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka

Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně^{16.5.19}.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá hodnotami a potřebami lidí s kolorektálním karcinomem. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část obsahuje tři kapitoly, z nichž první popisuje samotné onemocnění, druhá se zabývá hodnotami a potřebami člověka a třetí se věnuje úloze všeobecné sestry při péči o onkologicky nemocného pacienta

Praktická část zjišťuje, zdali a jak se vlivem onemocnění změnily lidem jejich dosavadní hodnoty a potřeby. Praktická část je realizována technikou polostrukturovaných rozhovorů s lidmi, kterým byl diagnostikován kolorektální karcinom.

Klíčová slova: kolorektální karcinom, hodnoty, potřeby, nemocný

ABSTRACT

The bachelor thesis is focused on the values and needs of people with colorectal carcinoma. It is divided into a theoretical part and practical part.

The theoretical part describes the illness itself and nursing care of patients' values and needs.

The practical part examines whether and how their values and needs have changed. It is realized in the form of semi-structured interviews with people who have been diagnosed with colorectal carcinoma.

Keywords: colorectal carcinoma, values, needs, diseased

V první řadě patří poděkování PhDr. Anně Krátké, Ph.D., za její nesmírnou trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Další poděkování patří panu primáři MUDr. Tomáši Mičovi a paní Mgr. Haně Pokorné za spolupráci při oslovování respondentů k rozhovorům. Velké poděkování patří respondentům, kteří mi byli ochotni poskytnout rozhovor na tak citlivé téma. A další velké poděkování patří rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne 17. 5. 2019

Michaela Mrázková

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM	12
1.1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE TLUSTÉHO STŘEVA	12
1.1.1 Anatomie tlustého střeva	12
1.1.2 Fyziologie tlustého střeva	14
1.2 PATOFYZIOLOGIE KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	15
1.2.1 Formy kolorektálního karcinomu	16
1.2.2 Symptomy kolorektálního karcinomu	17
1.3 DIAGNOSTIKA	18
1.3.1 Diferenciální diagnostika	19
1.4 TERAPIE	19
1.4.1 Chirurgická terapie	19
1.4.2 Konzervativní terapie	21
1.4.3 Komplikace léčby	21
1.5 PREVENCE ONEMOCNĚNÍ KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	21
1.6 RECIDIVA KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU	22
2 HODNOTY A POTŘEBY ČLOVĚKA	24
2.1 HODNOTY	24
2.1.1 Horizontální uspořádání hodnot	24
2.1.2 Vertikální uspořádání hodnot	24
2.2 POTŘEBY	25
2.2.1 Potřeba fyziologická	25
2.2.2 Potřeba jistoty a bezpečí	26
2.2.3 Potřeba lásky a sounáležitosti	26
2.2.4 Potřeba uznání, ocenění sebeucty	27
2.2.5 Potřeba kognitivní a estetická	27
2.2.6 Potřeba seberealizace, sebeaktualizace	27
2.2.7 Spirituální potřeby	27
2.2.8 Způsob naplňování potřeb	28
3 ÚLOHA SESTRY V PÉČI O ONKOLOGICKY NEMOCNÉHO PACIENTA	30
3.1 VYMEZENÍ ČINNOSTI VŠEOBECNÉ SESTRY PODLE ZÁKONA	30
3.1.1 Vyhláška č. 391/2017 Sb.	32
3.2 PÉČE VŠEOBECNÉ SESTRY O ONKOLOGICKÉHO PACIENTA PŘI USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB	33
3.2.1 Profesionální přístup všeobecné sestry o hodnoty a potřeby onkologicky nemocného pacienta	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
4 METODIKA VÝZKUMU	40

4.1	CÍLE	40
4.2	METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	40
4.3	CHARAKTERISTIKA ÚČASTNÍKŮ VÝZKUMU.....	41
4.4	ORGANIZACE VÝZKUMU.....	41
4.5	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ	41
5	ROZHOVORY S RESPONENTY.....	43
5.1	ROZHOVOR S PANÍ J. K.....	43
5.2	ROZHOVOR S PANÍ A. K.	47
5.3	ROZHOVOR S PANÍ M. U.....	51
5.4	ROZHOVOR S PANEM F. K.	55
5.5	ROZHOVOR S PANÍ D. B.....	59
6	DISKUZE	62
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	63
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

„Díky nemoci známe hodnotu zdraví, díky zlu hodnotu dobra, díky hladu sytost, díky únavě odpočinek“ (Hérakleitos). (Svoboda, 2007a, s. 63)

Každý člověk má svůj hodnotový žebříček, který ukazuje, co je pro něj v životě to nejdůležitější a čemu věnuje pozornost. Jakmile se ale v životě člověka objeví nemoc, která je méně či více závažná, je na prvním místě zdraví. Většinou si člověk neuvědomuje, co to znamená „být zdravý“, dokud do jeho života nevstoupí nemoc.

V posledních letech stále více přibývá nádorových onemocnění, která řadíme mezi nejzávažnější a nejobávanější onemocnění vůbec. V bakalářské práci se budeme zabývat hodnotami a potřebami lidí s kolorektálním karcinomem.

Kolorektální karcinom je v současnosti v České republice podobně jako v řadě jiných evropských zemí nejčastějším nádorem zažívacího traktu a druhou nejčastější lokalizací nádorů u obou pohlaví (Krška, Hoskovec, Petruželka a kolektiv, 2014, s. 541).

Stádium stanovení diagnózy a kvalita léčby jsou nejdůležitější faktory, které ovlivňují bezprostřední i dlouhodobou prognózu. U většiny lidí je kolorektální karcinom diagnostikován již v pokročilém stádiu (Krška, Hoskovec, Petruželka a kolektiv, 2014, s. 541).

Toto téma jsme si vybrali z toho důvodu, protože kolorektální karcinom se řadí mezi nejčastější nádorová onemocnění v České republice a zajímá nás, jak se lidem s touto diagnózou změnil jejich dosavadní způsob života a jejich hodnoty a potřeby.

Teoretická část mé bakalářské práce se skládá ze tří kapitol. První kapitola bude zaměřena na příčinu vzniku, diagnostiku, možnosti léčby a prevenci kolorektálního karcinomu. Druhá kapitola bude zaměřena na hodnoty a potřeby člověka. Ve třetí kapitole bude popsáno, jakou roli hrají sestry při uspokojování potřeb onkologicky nemocného pacienta.

Praktická část bude kvalitativní formou s použitou technikou polostrukturovaných rozhovorů s lidmi, kterým byl diagnostikován kolorektální karcinom.

Hlavní cílem bakalářské práce je zjistit, zdali a jak se změnil hodnoty a potřeby lidí po sdělení diagnózy kolorektálního karcinomu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM

V České republice je v současnosti kolorektální karcinom nejčastějším nádorem zažívacího traktu, a také druhou nejčastější lokalizací nádoru u obou pohlaví (Krška, Hoskovec, Petruželka a kolektiv, 2014, s. 541).

Od 70. let minulého století stále stoupá incidenční křivka kolorektálního karcinomu. Bohužel je i přes všechna možná preventivní opatření a screeningových programů až u poloviny nemocných je nádor diagnostikován již v pokročilém stádiu. I přesto však dochází v průběhu poslední dekády k vzestupu prevalence a poklesu mortality, což svědčí o úspěchu léčby (Krška, Hoskovec, Petruželka a kolektiv, 2014, s. 541).

Ve 20 % je nádor lokalizován v sigmoideu, v 15 % v colon ascendens, v 7 % v colon transversum a colon descendens. Nejvíce, což je 50 %, připadá na rectum. Podle histologie se jedná především o adenokarcinom. Nádory zpočátku rostou v místě vzniku, pak ale prorůstají střešní stěnu a šíří se do dalších orgánů. Nejčastěji se nádor šíří do lymfatických uzlin, jater, plic a kostí (Bezdičková a Slezáková, 2010, s. 273).

1.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva

1.1.1 Anatomie tlustého střeva

Tlusté střevo (intestinum crassum) je posledním úsekem trávicí trubice, který přijímá obsah kašovitého nebo tekutého charakteru z tenkého střeva (intestinum tenue). Z obsahu je vstřebávána voda a elektrolyty a nadále je obsah zahuštěn a formován ve stolici. Tento proces zajišťují hnilobné a kvasné bakterie, které jsou běžnou součástí tlustého střeva, některé z těchto bakterií produkují vitamín K (Čihák a Grim, 2013, s. 112; Naňka a Elišková, 2015, s. 159)

Tlusté střevo je typické pro svou naředlou barvu, větší průměr, pro své utváření povrchu a charakter sliznice. Na povrchu tlustého střeva se nacházejí tři bělavé podélné pruhy šířky 8-10 mm, tzv. taenia coli, což je ztlustění jinak tenké podélné svaloviny. Taenia se označují podle polohy na příčném tračníku na taenia mesocolica, taenia omentalis, taenia libera. Tahem taenií se střevo nakrčí a vznikají tak zevně vyklenutá místa, haustra, a mezi nimi zevnitř poloměsíčitě řasy (Čihák a Grim, 2013, s. 113; Naňka a Elišková, 2015, s. 159)

Haustra coli jsou místa zevně vyklenutá tahem taenií, která dávají tlustému střevu charakteristický vzhled. Jsou projevem funkce svaloviny podélné (nakrčující) i příčné (zaškrcující-

cí). Jejich velikost a místo se mění díky neustálému pohybu svaloviny tzv. haustrace (Čihák a Grim, 2013, s. 113; Naňka a Elišková, 2015, s. 159)

Plicae semilunares jsou poloměsíčitě řasy sliznice, které prominují dovnitř střeva, odpovídají zářezům, které zevně oddělují haustra (Čihák a Grim, 2013, s. 113; Naňka a Elišková, 2015, s. 159)

Sliznice tlustého střeva

Sliznice tlustého střeva je bledá, žlutavá a nemá klky. Povrch sliznice je kryt jednovrstevnatým cylindrickým epitelem. V epitelu žláz tlustého střeva se nachází více druhů buněk jako např. enterocyty, obsahující protilátky typu IgA na ochranu sliznice proti mikroorganismům; pohárkové buňky secernující hlen; M-buňky či chomáčkové buňky (Čihák a Grim, 2013, s. 113; Naňka a Elišková, 2015, s. 160)

Slizniční vazivo

Slizniční vazivo tlustého střeva obsahuje lymfatické uzlíky noduli s. folliculi lymphatici solitarii (Čihák a Grim, 2013, s. 115).

Lamina muscularis mucosae

Nachází se v celém tlustém střevu a obsahuje cirkulární i podélné snopce (Čihák a Grim, 2013, s. 115).

Podslizniční vazivo tlustého střeva

Podslizniční vazivo obsahuje cévní a nervovou pletěň, je řídké a pronikají do něj shluky lymfocytů ze sliznice (Čihák a Grim, 2013, s. 115).

Svalovina tlustého střeva

Svalovina tlustého střeva má typickou zevní longitudinální vrstvu a vnitřní cirkulární vrstvu. Nahromadění snopců v různých místech colon, nazývajících se funkční sfinktery, regulující pasáž střevem, jsou uloženy ve všech úsecích tlustého střeva (Čihák a Grim, 2013, s. 115).

Tlusté střevo je dlouhé 1,3-1,7 m, široké od 7,5 cm do 4 cm a skládá se z těchto na sebe navazujících částí:

- **caecum** (slepé střevo) je nejširší část, uložená v pravé kyčelní jámě, na jeho slepě zakončený dolní konec je připojen appendix vermiformis (červovitý přívěšek);

- **colon ascendens** (vzestupný tračník) jde od slepého střeva po pravé straně břišní dutiny vzhůru pod játra;
- **colon transversum** (příčný tračník), jde napříč zprava doleva pod játry a žaludkem ke slezině;
- **colon descendens** (sestupný tračník), jde po levé straně dutiny břišní od sleziny dolů, okraji malé pánve do levé kyčelní jámy;
- **colon sigmoideum** (esovitá klička), je esovitě zakřivený úsek střeva, který jde od konce colon descendens do středu malé pánve, odkud pokračuje konečníkem;
- **rectum** (konečník) - poslední úsek střeva v malé pánvi, který navenek vyúsťuje otvorem zvaný anus (řiť). Rectum se skládá ze dvou hlavních částí a to jsou ampulla recti a canalis analis (Čihák a Grim, 2013, s. 112, 122).

Sliznice rekta

Vzhled a barva sliznice je stejná jako sliznice v colon. Epitel je v ampule cylindrický, jednovrstevnatý s velkou vstřebávací schopností, což se využívá v aplikaci čípků a klysmat (Čihák a Grim, 2013, s. 123-124; Naňka a Elišková, 2015, s. 161)

Svalovina rekta

Na rozdíl od ostatních částí tlustého střeva je svalovina rekta typická tím, že zevní podélná vrstva svaloviny je souvislá jako plášť rekta. Vnitřní cirkulární vrstva je v horních třech čtvrtinách análního kanálu zesílena a vytváří vnitřní svěrač, m. sphincter ani internus. Od hráze se ke svalovině rekta přikládá zevní svěrač z příčně pruhované svaloviny, m. sphincter ani externus (Čihák a Grim, 2013, s. 125; Naňka a Elišková, 2015, s. 161)

1.1.2 Fyziologie tlustého střeva

Mezi hlavní funkce tlustého střeva patří vstřebávání iontů a vody, skladování zbytků potravy, formování a vylučování stolice a také je zde vlivem činnosti bakterií produkován vitamín K (Rokyta a Bernášková, 2016, s. 155).

Trávenina je přiváděna do tlustého střeva přes 4 cm dlouhý ileocekální svěrač, který brání překotnému vyprázdnění tenkého střeva a zároveň návratu tráveniny. V colon se netvoří trávící šťáva, ale jako ve všech částech trávící trubice se zde produkuje množství vazkého hlenu, který slouží jako ochrana sliznice před poškozením a také pomáhá tvořit formovanou stolicí. Pohyby tlustého střeva dělíme na místní - mísící a celkové - propulzivní. Regu-

lace těchto pohybů je reflexivní a řízená parasymptikem (Rokyta a Bernášková, 2016, s. 155).

Trávenina se při prostupu tlustým střevem zahušťuje vlivem resorpce iontů a vody a poté se formuje ve stolici, která prochází do rekta. Tlak 2,5-5,5 kPa vyvolá pocit nucení na stolici a tlak 5,5-6,5 kPa vyvolá defekaci. Vnitřní svěrač (je tvořen z hladké svaloviny a vůlí je neovlivnitelný) a zevní svěrač (je tvořen s příčně pruhované svaloviny je vůlí ovlivnitelný) brání samovolnému odchodu stolice. Při defekační reflexu dochází k ochabnutí svěračů a zapojení břišních svalů a bránice. Denní množství vyloučené stolice je 100-300g v závislosti na množství a charakteru stravy (Rokyta a Bernášková, 2016, s. 155).

1.2 Patofyziologie kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom je genetické onemocnění, které vychází z epitelových buněk tlustého střeva. Proces vzniku nádorového onemocnění je podmíněn postupnou akumulací genetických změn, které vedou k nekontrolovatelnému buněčnému růstu. Základní podmínkou pro vznik nádoru je nestabilita genomu. V současnosti jsou známy tři cesty vedoucí ke genomické nestabilitě: chromozomální nestabilita, mikrosatelitová nestabilita a metylace CpG ostrůvků (Suchánek et al., 2011, s. 262).

Asi 90 % nádorů tlustého střeva je sporadická, dědičnost se prokáže přibližně v 5 % diagnostikovaného onemocnění. (Krška, Hoskovec, Petruželka a kolektiv, 2014, s. 541).

Rizikové faktory vedoucí k diagnostice tohoto onemocnění jsou buď námi ovlivnitelné, nebo naopak. Mezi ovlivnitelné faktory, které v posledních 50 ti letech způsobily nárůst incidence kolorektálního karcinomu, jsou především špatné stravovací návyky a životní styl. Pod těmito pojmy si můžeme představit častou konzumaci vysoce energetických potravin, sladkých nápojů, nadměrný obsah soli v jídle, nevhodnou tepelnou úpravu jídel (smažení, grilování). Dále pak konzumaci živočišných tuků a červeného masa (jaký vliv má konzumace červeného masa a masných výrobků na vznik kolorektálního karcinomu, je doposud neznámo). K dalším faktorům, které přispívají k nárůstu tohoto onemocnění, je nadměrná konzumace alkoholu, nedostatek fyzické aktivity nebo nadměrné užívání léků (Schneiderová a Bencko, 2015, s. 179).

Mezi faktory, které bohužel nemůžeme ovlivnit, a mají vliv na vznik onemocnění kolorektálního karcinomu, patří věk a mužské pohlaví. Nárůst tohoto onemocnění je diagnostiko-

ván po 50. roce věku. *Ve věkové skupině 50-54 let činí 6,4 %, ve věku 55-59 let již 9,9 % a maxima (17,6 %) dosahuje ve věku 70-74 let* (Schneiderová a Bencko, 2015, s. 179).

1.2.1 Formy kolorektálního karcinomu

Geneticky podmíněné faktory jsou střevní polypózy. Familiární adenomatózní polypóza (FAP) vzniká mutací nebo ztrátou APC genu. U FAP je riziko vzniku kolorektálního karcinomu prakticky stoprocentní. Postižení střeva polypy, kterých přes sto, včetně adenomů duodena, vaterské ampuly, a také žaludku se začínají tvořit v průběhu druhé dekády života. U 75 % pacientů dochází k mimostřevní manifestaci, vznikají desmoidní nádory, nádory štítné žlázy, meduloblastomy, hepatoblastomy, osteomy, epidermoidní cysty, anebo pigmentové anomálie sliznice (Krška, Hoskovec, Petruželka a kolektiv, 2014, s. 541-542).

Další polypózou je atenuovaná FAP, která je způsobena heterogenní skupinou APC a MYH mutací. Typické pro tuto mutaci je nižší počet polypů a pozdní počátek, obvykle po čtyřicátém roce věku (Krška, Hoskovec, Petruželka a kolektiv, 2014, s. 542).

Hereditární non-polypózní kolorektální karcinom (HNPCC) neboli Lynchův lymfom souvisí se zárodečnou mutací šesti reparačních genů. Klinická diagnóza je na rozdíl od FAP obtížná, protože manifestace HNPCC není zřetelná. Riziko vzniku nádorů u HNPCC je 80-90 %. Kolorektální karcinom se při HNPCC manifestuje v průměru ve 44 letech, nikdy před 25. rokem života. Abychom správně dospěli ke klinické diagnóze HNPCC, je třeba splnit kritéria Amsterdam I a Amsterdam II, jenž určují manifestaci nádorů mimo tlusté střevo (Krška, Hoskovec, Petruželka a kolektiv, 2014, s. 542).

K hamartomatózním polypózním syndromům patří Peutzův-Jeghersův syndrom a juvenilní polypóza kolon. Celoživotní riziko vzniku zhoubného nádoru je až 90 %, riziko vzniku kolorektálního karcinomu až 40 %, s manifestací ve věku mezi 30. - 50. lety. Nespecifické střevní záněty taktéž zvyšují riziko nádorového onemocnění. Mezi nespecifické záněty způsobující karcinom řadíme idiopatickou proktokolitidu a Crohnovu chorobu (Krška, Hoskovec, Petruželka a kolektiv, 2014, s. 542).

Kolorektální karcinom se jako i jiné nádory klasifikují nejčastěji podle TNM klasifikace. Nyní si podrobněji popíšeme:

T- Primární nádor

- *TX- primární nádor nelze hodnotit*
- *T0- bez známek primárního nádoru*

- *T1- nádor postihuje lamina propria mucosae nebo submucózu a není větší než 2 cm*
 - *T1a- nádor o velikosti 1 cm*
 - *T1b- nádor o velikosti 1-2 cm*
- *T2- nádor postihuje lamina muscularis propria nebo je větší než 2 cm*
- *T3- nádor postihuje subserózu nebo neperitonealizované perikolické perirektální tkáň*
- *T4- nádor prorůstá na peritoneum nebo postihuje jiné orgány*

N- Regionální mízní uzliny

- *NX- regionální uzliny nelze hodnotit*
- *N0- regionální uzliny bez metastáz*
- *N1- metastázy v regionálních mízních uzlinách*

M- Vzdálené metastázy

- *MX- vzdálené metastázy nelze hodnotit*
- *M0- bez vzdálených metastáz*
- *M1- vzdálené metastázy (Novák, 2011, s. 85).*

1.2.2 Symptomy kolorektálního karcinomu

Mezi hlavní příznaky kolorektálního karcinomu patří změny defekačního stereotypu, viditelná příměs krve nebo hlenu ve stolici, anemizace či hmatatelnost nádoru. Asi u 15 - 20 % se nádor projeví rozvojem akutního stavu, např. obstrukcí tlustého střeva. Nádory sigmoidea nejčastěji způsobují obstrukci. Komplikací obstrukce tlustého střeva je jeho perforace. Naznačující známkou, že může dojít k perforaci střeva, je dilatace střeva větší než 10 cm při vyšetření zobrazovacími metodami. Dilatace vzestupného tračníku se hlavně rozvíjí u lidí, kteří mají plně kompetentní ileocekální chlopeň, která znemožňuje přenesení ileu i do tenkého střeva. Perforace nádoru je doprovázená ileem, protože se jedná vždy o pokročilý nádor. Manifestní krvácení bývá příznakem u nádorů v levé polovině tračníku. Ke vzniku krvácení může také přispět špatně kontrolovaná antikoagulační nebo antitrombotická léčba. U nádorů v pravé polovině tlustého střeva je nejobvyklejším příznakem anemizace nebo hmatný tumor v pravé polovině břicha (Krška, Hoskovec, Petruželka a kolektiv, 2014, s. 543).

1.3 Diagnostika

Včasný záchyt a diagnostika kolorektálního karcinomu je velmi důležitá pro pacienta z důvodu nastavení správné terapie a jeho další prognózy. V rámci screeningového programu nebo s obtížemi, které pacient popisuje jako změnu defekačního rytmu (střídání zácpy a průjmu), příměs krve ve stolici, bolesti břicha, únavu, hubnutí nebo příznaky anemizace, přichází ke svému praktickému lékaři (Schneiderová a Bencko, 2015, s. 180-181).

Vyšetření per rectum by se mělo vždy zahrnovat do základního fyzikálního vyšetření, jelikož se při něm možné palpačně zjistit nízko položený tumor recta. U praktického lékaře lze také provést test na okultní krvácení, na jehož pozitivitě je indikováno kolonoskopické vyšetření (Schneiderová a Bencko, 2015, s. 181).

Kolonoskopie s cílenou biopsií se řadí mezi zlatý standard při diagnostice kolorektálního karcinomu pro svou vysokou senzibilitu a bezprostřední intervenci. Další vyšetření, která se provádí při diagnostice nádoru je CT břicha a malé pánve, CT nebo skiagram hrudníku. Při diagnostice karcinomu rekta se provádí endosonografické vyšetření nebo zobrazení malé pánve pomocí magnetické rezonance (Suchánek et al., 2011, s. 264).

V rámci dalšího neintervenčního vyšetření kromě CT nebo MR, se používá k diagnostice nádoru i kolonická kapsle. Dobré vyprázdnění tlustého vede ke zdárnému provedení vyšetření. Až 25 % pacientů, kteří podstoupí kolonoskopické vyšetření, mají špatně vyprázdněná střeva, což vede k opakovanému vyšetření, které je pacienty nepříjemné (Krška, Hoskovec, Petruželka a kol., 2015, s. 543; Suchánek et al., 2011, s. 264).

Při iniciační kolonoskopii je přehlédnuto až 26 % adenomových polypů a 2 % pokročilých adenomových polypů, a tak jsou neustále vyvíjeny nové metody, které usnadňují lékaři rozeznat patologickou sliznici od fyziologické. Na příkladu metod, které umožňují dokonalejší vyšetření tlustého střeva, si uvedeme intravenózní podání fluorescinu nebo jeho kombinaci s acriflavinem. U této metody bylo dosaženo až skoro 98 % přesnosti v histologické diagnostice, včetně rozlišení mezi dysplázií nízkého a vysokého stupně (Suchánek et al., 2011, s. 264).

U přibližně 0,3 - 0,9 % jedinců se v průběhu pěti let od primární kolonoskopie vyvine tzv. intervalový karcinom, který pravděpodobně vznikl z přehlédnuté léze při minulém vyšetření. Jedním ze základních cílů surveillance kolonoskopií je odstranění nové nebo přehlédnuté léze dříve, než dojde k malignímu zvratu (Suchánek et al., 2011, s. 264).

1.3.1 Diferenciální diagnostika

V diferenciální diagnostice jsou nejčastějšími onemocněními divertikulární choroba tlustého střeva se stenózami či zánětem, nespecifické střevní záněty, vaskulární poruchy tlustého střeva a to je zejména ischemická kolitida, infekční kolitidy a jiné nádory (Krška, Hoskovec, Petruželka a kolektiv, 2014, s. 543).

Nespecifické střevní záněty tvoří velmi závažné riziko vzniku kolorektálního karcinomu. Nádory jiné než karcinom jsou v tlustém střevě vzácné (Krška, Hoskovec, Petruželka a kolektiv, 2014, s. 543).

1.4 Terapie

Otázky terapie kolorektálního karcinomu v České republice mají velký význam, protože incidence a úmrtnost tohoto onemocnění stále stoupá (Penka a Kala, 2008, s. 12).

I přes screeningové programy, které u nás fungují, se stále setkáváme s nemocnými, u nichž byl nádor diagnostikován již se vzdálenými metastázami. Základní léčebnou metodou v kurativní léčbě je chirurgický zákrok. Nechirurgická onkologická léčba také prodělala značný vývoj. V následujících podkapitolách si popíšeme chirurgickou terapii, konzervativní terapii, a také komplikace léčby (Ćwierka, 2008, s. 17).

1.4.1 Chirurgická terapie

V současnosti je chirurgická terapie nepostradatelná v léčbě kolorektálního karcinomu. Rozsah chirurgické resekce se v posledních letech posunul k méně invazivním chirurgickým metodám. Chirurgická terapie má za cíl odstranit nádor se spádovou lymfatickou oblastí eventuálně se sousedícími orgány (Penka a Kala, 2008, s. 12).

V rámci méně invazivních chirurgických metod léčby kolorektálního karcinomu se začaly využívat laparoskopické operace, které jsou pro pacienta méně náročné z hlediska pooperačního traumatu. Laparoskopická operace má také menší dopad na imunitní systém a snižuje proliferaci stimulaci nádorových buněk. Kvalita života v několika studiích byla hodnocena jako lepší po otevřené operaci. Použití laparoskopického přístupu při léčbě nádoru recta vedlo ke zvýšení komplikací a horších výsledků. (Tonev et. al., 2014, s. 102, 107, 109).

Nejpoužívanějším postupem u pacientů s kolorektálním karcinomem, kteří jsou schopni podstoupit operaci, je radikální chirurgická resekce spolu s přesně definovanou částí konečníku a tračníku (Kala et al, 2017, s. 56).

Klasifikace kolorektálního karcinomu a přesné posouzení stádia zhoubného onemocnění určují typ chirurgické resekce. Všeobecnou snahou je, aby byl primární výkon definitivní a nevyžadoval reoperaci. Nyní si vyjmenujeme a stručně popíšeme chirurgické výkony:

- **Pravostranná hemikolektomie** - tento typ resekčního výkonu zahrnuje odstranění 5-8 cm distálního ilea pravé poloviny tračníku, resekce je indikovaná pro nádory coeca a vzestupného tračníku.
- **Rozšířená pravostranná hemikolektomie** - navíc zahrnuje resekci celého příčného tračníku i s povodím a. colica media od jejího odstupu horní mezenterické tepny. Indikací k této resekci jsou nádory v lokalizaci jaterního ohbí.
- **Resekce příčného tračníku** - segmentální resekce transverza a je indikována pro nádory v oblasti příčného tračníku.
- **Levostranná hemikolektomie** - tento typ resekce zahrnuje odstranění příčného tračníku distálně od a. colica media. Indikace k této resekci jsou nádory v oblasti slezinného ohbí a sestupného tračníku.
- **Nízká přední resekce** - indikací k této resekci jsou nádory v oblasti esovité kličky rektosigmoideálního přechodu a proximálního rekta.
- **Subtotální kolektomie** - tento typ resekce, zahrnující odstranění celého tračníku až po oblast rekta, je indikován pro vícečetné synchronní nádory tračníku, pro pacienty s familiární adenomatózní polypózu s minimálním postižením konečníku, pro pacienty s hereditárním nepolypózním kolorektálním karcinomem.
- **Definitivní kolostomie** - na možnost kolostomie je nutné upozornit každého pacienta, který podstupuje resekční výkon na konečníku. Čím je nádor lokalizován níže, je větší riziko vzniku kolostomie (Penka a Kala, 2008, s. 13-14; Kala et al, 2017, s. 58).

Jednou z technologických novinek, která se v poslední době používá, je především tzv. Fluorescence Guided Surgery. Tato nová technologie umožňuje pomocí intravenózních podaných fluoreskujících látek, a také díky speciální kameře dokonalejší hodnocení cévního zásobení tračníku a konečníku. Fluorescence Guided Surgery se také využívá při detekci spádových lymfatických uzlin v operačním poli (Kala et al, 2017, s. 56).

1.4.2 Konzervativní terapie

Nechirurgická léčba kolorektálního karcinomu prodělala řadu významných změn. Radioterapie má význam v léčbě spíše u karcinomů rekta. Zde se uplatňuje jako adjuvantní léčba u lokálně pokročilejších nádorů, dále pak jako součást neoadjuvantní léčby u primárně neoperabilních nádorů (Ćwierotka, 2008, s. 17).

Adjuvantní léčba se používá u nemocných s postižením lymfatických uzlin, tj. ve třetím klinickém stádiu. Ve druhém klinickém stádiu bez postižení lymfatických uzlin a bez vzdálených metastáz, zlepšuje výsledky u nádorů, které se šíří do okolí (Ćwierotka, 2008, s. 17).

1.4.3 Komplikace léčby

Komplikace léčby kolorektálního karcinomu se dělí na komplikace předléčebné a na komplikace, které vznikají vlivem léčby. Mezi nejčastější předléčebné komplikace patří obstrukce, perforace a krvácení. Prognóza pacientů s komplikovaným kolorektální karcinomem je nepříznivá a je provázena vysokou mortalitou a morbiditou (Zavoral, Grega a Suchánek, 2016, s. 43).

Komplikace způsobené léčbou se dělí na chirurgické, postradiační a komplikace z onkologické léčby. K nejzávažnější časné chirurgické komplikaci patří dehiscence anastomózy. Dehiscence anastomózy vzniká, buď ze špatného provedení, nebo vlivem špatného hojení. Další chirurgické komplikace jsou ranné infekce, syndrom krátkého střeva nebo břišní kýla (Zavoral, Grega a Suchánek, 2016, s. 44).

Postradiačními komplikacemi jsou především postradiační kolitida a cystitida. Tyto komplikace se projevují časným nucením na stolicí, průjmem s příměsí krve a hlenu. Potíže týkající se mikce jsou časté a bolestivé močení (Zavoral, Grega a Suchánek, 2016, s. 44).

Mezi nejčastější komplikace onkologické léčby patří útlum krvetvorby v kostní dřeni, trombocytopenie, anémie, nauzea, zvracení, nechutenství nebo kožní projevy (Zavoral, Grega a Suchánek, 2016, s. 44-45).

1.5 Prevence onemocnění kolorektálního karcinomu

Velmi důležitá je v oblasti nádorových onemocnění prevence. Primární prevence je zaměřena na zdravou populaci a to především na omezení nebo odstranění rizikových faktorů. Primární prevence je celospolečenský program, který je vedený celou řadou odborníků, kteří jasně a srozumitelně definují rizikové faktory a pořádají nejrůznější preventivní pro-

gramy. V rámci preventivního opatření je v první řadě úprava stravovacích zvyklostí, zvýšení fyzické aktivity, udržování doporučené věku tělesné hmotnosti, omezení alkoholu, kouření a předcházení stresu. V rámci preventivních programů je edukovat veřejnost o prvotních příznacích kolorektálního karcinomu nutnosti pravidelných prohlídek u svého lékaře (Schneiderová a Bencko, 2015, s. 181).

Sekundární prevence má za cíl včasný záchyt onemocnění ve stádiu prekancerózy. V rámci sekundární prevence jsou screeningové programy, které jsou zaměřeny na aktivní vyhledávání asymptomatických osob nad 50 let věku, jelikož v 80 % vzniká kolorektální karcinom s benigních adenomů (Schneiderová a Bencko, 2015, s. 181).

V roce 2000 byl v České republice zahájen Národní program screeningu kolorektálního karcinomu. Zpočátku byl iniciální metodou guajakový test na okultní krvácení do stolice (gTOKS). Při pozitivním testu na okultní krvácení byla indikována kolonoskopie. V zásadní změně screeningového programu došlo na počátku roku 2009, kdy byla zavedena screeningová kolonoskopie a imunochemické testy na okultní krvácení (FIT). I nadále je screening určen pro asymptomatické jedince ve věku 50-54 let v jednoročném intervalu, kterým je nabídnut gTOKS/FIT. V případě positivity testu je indikována screeningová kolonoskopie. Od 55 let byla zavedena možnost volby, a to buď opakovaný gTOKS/FIT v intervalu dvou let, nebo jako alternativní metoda primární screeningová kolonoskopie, která může být v intervalu deseti let opakována. Díky online sběru dat byly u 20 000 lidí diagnostikovány adenomové polypy. Většina kolorektálních neoplázií byla diagnostikována v levém tračníku (Suchánek et al., 2011, s. 263).

1.6 Recidiva kolorektálního karcinomu

Kolorektální karcinom patří z hlediska prevence a léčby, pokud se diagnostikuje včasném stádiu, mezi dobře léčitelná onemocnění. Stále však činí pětileté přežití 40-50 % a během této doby se recidiva objeví asi u 30 % po kurativní resekci. Primární resekce umožňuje řadu intraoperačních metod, které mohou současný stav zlepšit (Lipská a Visokai, 2009, s. 64).

Místní recidiva maligního nádoru nebo ve formě metastáz, svědčí o stálé přítomnosti maligních buněk v organismu po odstranění primární léze, po neúčinné imunitní odpovědi na přítomnost nádoru a o aktivitě biologických a imunologických faktorů, které mohou stimu-

lovat a podporovat růst rozvoj recidivy. Standardní chirurgické zákroky brání do značné míry vzniku místní recidivy, neboť jsou resekovány tkáně, do nichž je z oblasti nádoru bezprostředně odváděna krev a míza, a to včetně lymfatických uzlin. Po resekci například rekta může v organismu přetrvávat minimální reziduum. Pokud lze předpokládat minimální reziduum nádoru jen doporučována adjuvantní chemoterapie nebo radioterapie. Cílem systémové léčby je odstranění jednotlivých nádorových buněk a jejich mikrometastáz (Lipská a Visokai, 2009, s. 56).

O účinnosti screeningu kolorektálního karcinomu u nerizikové asymptomatické populace se stále vedou diskuze. Nádorové markery (CEA, CA19-9) nejsou vhodné pro screening kolorektálního karcinomu pro svou nízkou senzitivitu a specifitu. V současnosti neexistuje žádné adekvátní stanovení laboratorního markeru, které by dosahovalo dostačujících specifit a senzitivit pro screening kolorektálního karcinomu (Lipská a Visokai, 2009, s. 73).

2 HODNOTY A POTŘEBY ČLOVĚKA

2.1 Hodnoty

V češtině se hodnotou myslí cena, význam, důležitost. Za hodnotu můžeme považovat „činitele žádoucnosti“, který je obsažený v jakémkoli předmětu či zkušenosti; hodnotou jsou i prostředky, které slouží k jejich dosažení (Baštecká, Mach a kol., 2015, s. 434).

Hodnoty jsou ukazatelem těch nejvíce důležitých a vážených věcí v životě člověka. Každý člověk má jinou hierarchii hodnot, tzn., co může být pro jednoho člověka hodnotou (např. peníze), pro druhého nikoli. Hodnoty se v průběhu života mění, jiné má člověk v mládí, jiné ve stáří a jiné v nemoci. Ze subjektivního hlediska je hodnota přesvědčení o dobrém nebo prospěšném, ale také o špatném nebo nežádoucím, které iniciuje a reguluje individuální a společenskou aktivitu. Hierarchie hodnot může být uspořádána horizontálně nebo vertikálně. Hodnocení člověka je závislé nejen na rozumovém postoji, ale i na citovém prožívání, buď pozitivním, nebo negativním (Dostálová, 2016, s. 118; Baštecká, Mach a kol., 2015, s. 434-435).

Největší hodnoty, které člověk má a měl by si jich vážit, jsou zdraví a život. Často se stává, že člověk si začne vážit těchto hodnot, až když onemocní, nebo je v ohrožení života. Oznámením jakkoliv vážné diagnózy nastává u pacienta různě silný „boj o zdraví“, který spočívá v udržení co nejvyšší kvality života. Psychické faktory mají vliv na vznik a průběh onemocnění (Gulášová, 2009, s. 12).

2.1.1 Horizontální uspořádání hodnot

Když ztratí člověk nějakou z hodnot, dokáže ji nahradit jinou hodnotou bez velkého trápení. Na ukázkou si uvedeme příklad tohoto uspořádání: ztratí-li člověk práci, najde si jinou zájmovou činnost, například se stará více o rodinu, na kterou dříve kvůli práci měl málo času a zase naopak má-li člověk v rodině problémy, tráví většinu svého času v práci. Horizontální uspořádání hodnot je pro adaptaci výhodnější (Dostálová, 2016, s. 118).

2.1.2 Vertikální uspořádání hodnot

Je určeno pro lidi, kteří dokáží ve svém životě nesmírně mnoho. Často obětují celý život pro svou jedinou hodnotu, např. rodinu nebo práci. U těchto lidí může stát, že se nedokáží smířit s tím, že jejich děti odešly z domova nebo zemřel jejich blízký. Odmítají nahradit

svou nejvyšší hodnotu, pro kterou žili celý život, nějakou jinou. Jsou i případy lidí, kteří zemřeli záhy poté, co zesnul jejich životní partner (Dostálová, 2016, s. 118).

2.2 Potřeby

Lidská potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku v biologické, psychologické, sociální nebo duchovní oblasti. Potřeby velmi úzce souvisí s kvalitou našeho života. Vědomé vnímání potřeby vzniká při nedostatku potřeby v oblasti biologické, materiální, duchovní nebo sociální. Vědomé vnímání potřeby nastává také při pocitu nadbytku v naplnění potřeby. Jako příklad nadbytku si můžeme uvést lásku - když ji člověk dostává mnoho, může se cítit spoutaný druhým člověkem, a naopak, když nemá dostatek lásky, cítí se nespokojený - nebo touhy něčeho dosáhnout. Každý člověk uspokojuje potřeby svým způsobem a během života se kvalita a kvantita potřeb neustále mění (Šamánková a kolektiv, 2011, s. 12; Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková, 2013, s. 10).

V práci se uvedeme hierarchii potřeb dle Maslowa. Abraham Harold Maslow (1908-1970) byl jeden z nejvýznamnějších výzkumníků v oblasti lidských potřeb. Byl to americký psycholog, jeden ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii. Jeho teorie říká, že lidé jsou motivováni určitými potřebami a tyto potřeby tvoří hierarchickou strukturu na základě dvou hlavních skupin potřeb. První potřeba spočívá v odstranění jakéhokoliv nedostatku tzv. D-potřeby (Deficiency Needs) a druhá dosažení hodnoty bytí, tzv. B-potřeby (Being Values). V praxi to znamená, že pokud nejsou uspokojeny základní potřeby, člověk pociťuje úzkost a snahu odstranit zaplnit chybějící potřebu. Pokud je potřeba uspokojena, tento stav nazýváme v běžných životních podmínkách jako normu. A. H. Maslow rozdělil potřeby na základní (fyziologické), potřebu bezpečí a jistoty, potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu uznání, ocenění sebeúcty a potřebu seberealizace. Nyní se v podkapitolách s jednotlivými skupinami potřeb seznámíme a také definujeme, jak se jednotlivé potřeby vlivem vážných onemocnění mění (Šamánková a kolektiv., 2011, s. 26-27).

2.2.1 Potřeba fyziologická

Jakmile člověk onemocní, ztrácí postupně zájem o fyziologické potřeby, jako například jídlo a pití. Úkolem ošetrovatelského personálu je pak tyto potřeby vyhledávat a pečovat o pacienta tak, aby netrpěl nedostatkem těchto potřeb (Šamánková a kolektiv, 2011, s. 36).

Mezi fyziologické potřeby řadíme potřebu pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, kyslíku, sexuální potřebu (Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková, 2013, s. 15).

U nádorového onemocnění kolorekta dochází především k poruchám s vyprazdňováním stolice. Mezi poruchy řadíme zácpu, průjem, střídání zácpy a průjmu, nucení na stolicí nebo pocit nedokonalého vyprázdnění. (Bezdičková a Slezáková, 2010, s. 273) Tyto poruchy s vyprazdňováním dovedou člověka k lékaři.

2.2.2 Potřeba jistoty a bezpečí

Pocit jistoty a bezpečí je velmi ohrožen při sdělení jakékoliv závažné diagnózy. V dnešní době stoupá počet lidí s onkologickou diagnózou, kteří potřebu jistoty a bezpečí považují za velmi důležitou, snad daleko více než před onemocněním. Velmi důležitá, nejen u onkologicky nemocných, je informovanost pacienta o jeho nemoci, průběhu a způsobu léčby.

Nemocný člověk chce v první řadě vědět, že na svá trápení nezůstane sám. Mezi jeho další, velmi důležité potřeby, je zbavit se bolesti, a pokud možno i všech doprovodných příznaků jako je nauzea, zvracení nebo nespavost (Šamánková a kolektiv, 2011, s. 36).

Rodina a nejbližší lidé v okolí nemocného člověka hrají hlavní roli v oblasti uspokojování potřeby jistoty a bezpečí. Prožívají s nemocným člověkem všechna jeho trápení, poskytují psychickou oporu. V rodině často dochází vlivem vážného onemocnění k upevnění vztahů a lidé si začínají vážit každé chvíle strávené spolu jako rodina.

2.2.3 Potřeba lásky a sounáležitosti

„Milovat a být milován, to je nesmírné štěstí“ (Anton Pavlovič Čechov) (Svoboda, 2007b, s. 65)

Onkologická onemocnění se řadí mezi nejzávažnější onemocnění vůbec. Onkologicky nemocný člověk nejenom, že vyhledává místo, kde by cítil pocit jistoty a bezpečí, ale také je pro něj velmi důležitá potřeba lásky a sounáležitosti. Pro tak vážně nemocného člověka, v průběhu celého procesu léčby hraje hlavní roli v jeho životě rodina a nejbližší přátelé. Tito lidé dávají člověku sílu a motivaci se svou nemocí bojovat. Člověk, který nemá uspokojenou potřebu lásky a sounáležitosti, ztrácí motivaci se svou nemocí bojovat a odmítá se dále léčit.

Při práci s nemocným člověkem musíme jednoznačně dát najevo své porozumění. I když mlčíme a vyslechneme od nemocného jeho pocity a starosti, které má, pomůžeme mu jenom tím, že tam jsme s ním a on má v nás důvěru, a také pocit bezpečí (Šamánková a kolektiv, 2011, s. 36).

2.2.4 Potřeba uznání, ocenění sebeúcty

Potřeba uznání a sebeúcty jsou dvě spojené potřeby. Potřeba sebeúcty vyjadřuje přání k výkonu, kompetence, důvěru v okolním světě a nezávislost na mínění druhých. Potřeba uznání znamená, že člověk chce být v okolním světě respektován, mít určitou prestiž uvnitř sociální skupiny (Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková, 2013, s. 14).

Nemocnému zvyšujeme jeho sebeúctu tím, že projevujeme zájem o jeho stav a že nás neobtěžuje o něj pečovat, a že se na nás může s čímkoliv obrátit (Šamánková a kolektiv, 2011, s. 36). Potřebu uznání plníme tím, že pacienta chválíme a podporujeme, aby léčbu nevzdával.

2.2.5 Potřeba kognitivní a estetická

V Maslowově hierarchii potřeb najdeme také potřeby kognitivní a estetické. Kognitivní je potřeba poznávat, učit se a rozumět novým věcem. Estetické potřeby jsou potřeby symetrie a krásy a to nejenom tělesné, ale také prostředí kde žijeme (Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková, 2013, s. 15). Člověk, který onemocněl jakoukoliv méně či více vážnou nemocí, má potřebu se o daném onemocnění dozvědět co nejvíce informací o způsobu léčby. Stává, že člověk hledá informace na internetu, které nemusí být pravdivé a často zbytečně člověka vystraší. Estetické potřeby se vlivem onemocnění také mění. U onkologických onemocnění dochází ve většině případů vlivem k vypadávání vlasů, což hůře snášejí ženy.

2.2.6 Potřeba seberealizace, sebeaktualizace

Potřeba seberealizace a sebeaktualizace umožňuje člověku dosáhnout určitého postavení ve svém životě nebo povolání, které chce vykonávat (Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková, 2013, s. 14).

U těžce nemocného člověka potřeba seberealizace v podstatě zaniká. Takový člověk nechce slyšet to, jak by se mohl znovu v něčem realizovat, ale chce slyšet to, co v životě dokázal, bylo nezapomenutelné (Šamánková a kolektiv, 2011, s. 36).

2.2.7 Spirituální potřeby

Ještě v nedávné době byly spirituální potřeby pacienta více méně tabu. Proto stále mnoho lidí i zdravotníků si myslí, že spirituální potřeby jsou doménou pouze věřících. V průběhu vážné nemoci se lidé začínají zabývat životně důležitými otázkami po smyslu vlastního

života. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl až do poslední chvíle smysl (Svatošová, 2012, s. 23).

U nemocného nejsou snadné rozpoznat spirituální potřeby. Bývají často zamaskovány různými typy chování. Saturace spirituálních potřeb má velký význam v paliativní péči a může být klíčovým posouzením psychologického působení. V době nemoci je známo, že narůstá potřeba spirituálního směřování. Při posuzování spirituálních potřeb je důležité umět s člověkem komunikovat, mít dobré pozorovací schopnosti a v neposlední řadě musíme více vnímat to, co nám pacient říká nebo spíše co naznačuje (Novotná a Kala, 2015, s. 23-24).

Přítomnost u lůžka je jeden ze způsobů spirituální péče, kdy člověka držíme za ruku nebo jenom vedle něj sedíme na pokoji, aby tam nebyl sám. Dále pak můžeme nemocnému či jeho rodině poskytovat informace v rámci uspokojování spirituálních potřeb. U člověka, který je smutný nebo trpí depresí, provádíme podpurný rozhovor, kdy se snažíme o přeladění emocí. Terapeutický rozhovor řeší existenciální témata. V rámci spirituální péče je možné člověkovi umožnit svátostní službu, což znamená modlitbu, čtení duchovní literatury a také bohoslužbu ve vyhrazených místnostech (jako např. nemocniční kaple), nebo i přímo na oddělení. Nejdůležitější je nebát se s člověkem navázat kontakt, protože člověk zůstává na svá trápení sám a personál a ani rodina nebo nejbližší příbuzní nemají odvahu se s nemocným člověkem pouštět do rozhovorů o existenciálních otázkách (Novotná a Kala, 2015, s. 24-25).

Než začneme diferenciovat jednotlivé spirituální potřeby, měli bychom navázat určitý vztah s pacientem. Při získání takových informací je důležité umění komunikace s člověkem, zájem o jeho životní příběh, ale zároveň nesmíme na člověka naléhat a myslet si, že na tyto informace máme právo. Znaky vedoucí k problému ve spirituální oblasti jsou úzkost, smutek, nedostatek naděje, lásky klidu a odpuštění, hněv, neochota spolupracovat nebo nenalezení smyslu života v nemoci. Zjišťování spirituálních potřeb, i když je to cesta k pochopení prožívání a chování lidí, je v praxi stále považována za záležitost týkající se především věřících lidí (Novotná a Kala, 2015, s. 24).

2.2.8 Způsob naplňování potřeb

Způsob, jakým člověk naplňuje své potřeby, je dán mnoha ovlivňujícími faktory. Prvním takovým důležitým faktorem jsou individuální vlastnosti člověka, které jsou dány např. temperamentem (když je člověk vyrovnaný, optimistický naplnění většinou své potřeby

snadněji než člověk, který je uzavřený a pesimistický). Dále, co ovlivňuje člověka v jeho potřebách, je sociální prostředí ve kterém vyrůstá a pohybuje se v něm (rodina, ekonomické zabezpečení, dosažené vzdělání, pracovní zařazení). Další velmi důležitá věc je pocit zdraví nebo nemoci, kdy často dochází u člověka ke změnám kvality a kvantity potřeb, včetně jejich naplnění. Zde patří také okolnosti vzniku nemoci, kdy je rozdíl mezi naplnění potřeb mezi člověkem, který má akutní onemocnění a který naopak trpí chronickým onemocněním. U akutních onemocnění dochází často k velmi rychlému převratu denního rytmu, který přináší problémy s naplněním běžných potřeb (vzniká pocit ohrožení). U chronických onemocnění dochází k pozvolným změnám v naplnění potřeb jako například pozvolné přizpůsobení se novým životním a pracovním podmínkám a nalezení nového způsobu kontaktu s rodinou (Šamánková a kolektiv, 2011, s. 24).

Proces naplňování potřeb je dynamický, mění se podle rozvoje společnosti, podle tužeb a měnících se ideálů daného člověka nebo skupin. V procesu dochází k individuálnímu zobrazení a zhodnocení významu jednotlivé potřeby (Šamánková a kolektiv, 2011, s. 24-25).

Sestra hraje v procesu naplňování potřeb pacienta důležitou roli (Krátká, 2018, s. 87) uvádí, že pro vyhledávání a uspokojování potřeb, musí mít zdravotník srdce na pravém místě.

3 ÚLOHA SESTRY V PÉČI O ONKOLOGICKY NEMOCNÉHO PACIENTA

Ve zdravotnických nebo sociálních službách se spokojenost pacienta/klienta a rozbor jeho potřeb staly vyjádřením „*orientace na zákazníka*“ jako způsobu řízení kvality. Tento způsob řízení kvality, tedy naplnit baťovské heslo „*náš zákazník, náš pán*“, však není tak jednoduchý, jak by se mohlo na první pohled zdát. Nebývá snadné rozpoznat, kdo co chce a kdo co „*opravdu*“ potřebuje (Baštecká, Mach a kol., 2015, s. 286).

Nezastupitelnou specifickou pozici v ošetrovatelství získal koncept kvality života. Důkazem je rozvoj teoretické báze, čímž máme na mysli rozvoj konceptuálních modelů, teorií kvality života anebo využívání nástrojů jejího měření (Gurková, 2011, s. 13).

Koncept kvality života je úzce spjat s pojmy, se kterými se v ošetrovatelství pracuje - lidské potřeby, zdraví, sebepéče, pohoda, denní aktivity i existencionální rozměr lidského života. Zahrnuje celou škálu různorodých oblastí zkušeností člověka od oblasti fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožívání životního štěstí (Gurková, 2011, s. 13, s. 23).

Praxe založená na důkazech má spolu s klinickou odborností a pacientovými hodnotami nejprůkaznější klinické výsledky. Potřeby pacienta dovedly k lékaři. Do jednání o dobré péči vstupují spíše jeho hodnoty. Komunikace se stává součástí odbornosti (Baštecká, Mach a kol., 2015, s. 286).

Individualizovaná péče, tzn. „šitá na míru“ pacientovým potřebám, klade důraz na uspokojování potřeb v pomáhajících profesích. Kvalitní pomoc či službu nelze provést bez přizpůsobení preferencím, přesvědčením a hodnotám protějšku. V pomáhajících profesích je nejtěžší zjišťovat potřeby, přání a cíle u lidí, kteří si o nic neříkají, ale lze předpokládat, že pomoc potřebují (Baštecká, Mach a kol., 2015, s. 433-434).

3.1 Vymezení činnosti všeobecné sestry podle zákona

Všeobecné sestry se řídí zákonem 96/2004 Sb. V platném znění (č. 201/2017 Sb.) o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Činnosti jsou dány legislativní normou, vyhláškou č. 55/2011 Sb. V platném znění (391/2017 Sb.)

Povolání všeobecné sestry řadíme mezi regulované profese. Kvalifikace k této profesi je uvedena v Zákoně č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách

získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

Specializační vzdělávání (dále jen SV) je ukotveno v hlavě V dílu 3 zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů.

*SV zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu **po získání odborné způsobilosti** (všeobecná sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, radiologický asistent, zdravotní laborant, asistent ochrany a podpory veřejného zdraví, nutriční terapeut, zubní technik, zdravotnický záchranář, farmaceutický asistent, biomedicínský technik) je definováno v ustanovení § 56 zákona č. 96/2004 Sb.*

K zabezpečení SV vydalo ministerstvo závazný Metodický pokyn, kterým se stanoví pravidla průběhu specializačního vzdělávání podle zákona č. 96/2004 Sb. Podle tohoto pokynu postupují akreditovaná zařízení, organizace pověřené k zabezpečení a kontrole SV - Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (dále jen „NCO NZO“), Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze (dále jen „IPVZ“) a samotní účastníci SV.

Podmínkou pro zařazení do oboru SV je získání odborné způsobilosti k výkonu příslušného zdravotnického povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. a podání žádosti o zařazení do SV.

NCO NZO pro obory:

- *všeobecná sestra - s výjimkou oboru Perfuziologie*
- *dětská sestra*
- *porodní asistentka*
- *ergoterapeut*
- *radiologický asistent*
- *zdravotní laborant*
- *zubní technik*
- *asistent ochrany a podpory veřejného zdraví*
- *farmaceutický asistent*
- *zdravotnický záchranář*
- *nutriční terapeut*
- *fyzioterapeut*
- *odborný pracovník v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků (pouze v oboru Ochrana a podpora veřejného zdraví)*
- *odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví*

- *nelékařští zdravotničtí pracovníci podle § 5 – § 28 zákona č. 96/2004 Sb. pro obor Organizace a řízení ve zdravotnictví*

IPVZ pro obory:

- *všeobecná sestra – pouze v oboru Perfuziologie*
- *dětská sestra - pouze v oboru Perfuziologie*
- *porodní asistentka - pouze v oboru Perfuziologie*
- *zdravotnický záchranář - pouze v oboru Perfuziologie*
- *biomedicínský technik*
- *psycholog ve zdravotnictví*
- *logoped ve zdravotnictví*
- *radiologický fyzik*
- *odborný pracovník v laboratorních metodách a přípravě léčivých přípravků - s výjimkou oboru Ochrana a podpora veřejného zdraví*
- *biomedicínský inženýr*
- *zřakový terapeut*
- *adiktolog*

(Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2008)

3.1.1 Vyhláška č. 391/2017 Sb.

Plné znění vyhlášky najdeme v této bakalářské práci jako přílohu P III.

Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.

V péči o onkologicky nemocného pacienta sestra provádí především tyto činnosti:

- *zabezpečuje nutriční potřeby pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy nebo neodkladné péče,*
- *motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe,*
- *získává osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu,*
- *doporučuje použití vhodných zdravotnických prostředků pro péči o stomie, chronické rány nebo při inkontinenci,*
- *provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, drenážních systémů a kůže v průběhu léčby radioterapií,*

- provádí návštěvní službu a poskytovat péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta (Sbírka zákonů ČR, Zákony pro lidi, 2017)

3.2 Péče všeobecné sestry o onkologického pacienta při uspokojování potřeb

Sestry pracující na onkologických odděleních či v onkologických centrech se často setkávají s pacienty, kteří se nacházejí v různých stádiích odezvy na svou chorobu. Musí proto znát fáze psychické odezvy na závažné zdravotní stavy podle teorie Elizabeth Kübler-Rossové nebo Horowitze. Nyní si tuto teorii charakterizujeme a stručně popíšeme, co se v jednotlivých fázích děje s lidmi, kteří se dozví závažnou diagnózu (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 433).

První fází je šok, je to emočně velmi silná odezva na sdělení závažného onemocnění. V této chvíli se pacienti ptají: *„Proč zrovna mě potkala taková nemoc? Proč právě teď?“* Šoková fáze trvá u každého člověka různě dlouhou dobu a většinou sama odezní. Komunikace s člověkem, který se právě dozvěděl závažnou diagnózu, je velmi složitá a je proto třeba mít na paměti, že nemocný v tomto stavu si zapamatuje asi 10-15 % informací, které mu lékař nebo sestra právě sdělí (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 433).

Druhou fází je popření, kdy pacienti se odmítají smířit s tím, že mají závažné onemocnění. Hledají pro to racionální vysvětlení a pochybnosti vyjadřují větami jako: *„To přece nemůže být pravda, určitě se jedná o omyl, nechte mě na pokoji, nic mi není“*. Komunikace s pacientem, který se právě nachází v této fázi, je opět velmi složitá, protože buď nevěří zdravotníkům, nebo začne hledat příčinu vzniku své nemoci u sebe či ve svém okolí. Proto je klíčové nemocnému trvale a přesně vysvětlit výsledky vyšetření a velmi důležité je podpořit a dát pacientovi, pokud to jde, naději, ne však falešnou (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 433).

Třetí fáze je fáze agrese, kdy se pacienti se ocitají v emoční pasti a projevují zlost vůči všem zdravým lidem ve svém okolí. Velmi záleží na mentalitě pacientů, buď nechtějí komunikovat se zdravotníky, nebo jsou se vším nespokojeni. V této fázi je pro sestru velmi těžká komunikace s pacienty. Při komunikaci s pacientem by sestra měla mluvit klidnou mluvou, a tím snižovat pacientovo napětí a negativní emoce (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 433-434).

Čtvrtou fází je smlouvání, kdy se pacienti upínají na víru, alternativní medicínu nebo k autoritu lékařů. Tito pacienti nejčastěji říkají věty typu: „Musím postavit dům, chci vychovat své děti, chci je vidět dostudovat, chci se dočkat vnoučat, chci se dočkat svatby svých dětí“. Sestra by v komunikaci s pacienty v této fázi měla vyslechnout všechna jejich přání či tužby a měla by si všimnout jejich pokorné mimiky, sepjatých rukou, upřímnosti v hlase (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 434).

Pátá fáze je deprese, je to nejtěžší fáze psychické odezvy, kdy se pacienti zcela ponoří do beznaděje, úzkosti a strachu ze své nemoci. Vše však záleží na osobnosti daného jedince. Projevuje se např. nezvladatelným psychomotorickým neklidem, přemrštěnou komunikací s okolím nebo naopak strnulostí, uzavřením se do sebe a odmítáním kontaktu s okolím. Komunikace s pacienty ve fázi deprese je velmi složitá jak pro sestru, tak i pro okolí nemocných. Komunikace je pro sestru náročná v tom, že nemusí hned rozpoznat, jak se zrovna daný pacient cítí a co zrovna v tu danou chvíli prožívá. V této fázi není vhodné pacientům sdělovat žádné závažné zprávy, protože oni nejsou schopni si zprávu svou pamětí zpracovat (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 434).

Poslední fáze je smíření, kdy dochází k psychickému uvolnění, převládá rozumový přístup k nemoci i léčbě nad vypjatými emocemi. Pacienti dokáží přiléhavě komunikovat o svém zdravotním stavu a pocitech (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 435).

V klinické praxi je velmi důležité vědět, že sestra nemusí poznat, v jaké fázi se pacient zrovna nachází, jelikož se jednotlivé fáze mohou u pacientů opakovat a u některých se některá fáze nemusí ani projevit (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 435).

Helena Haškovcová přidává k těmto fázím ještě fázi nulovou neboli nulitní. Je to období, které předchází celému procesu, člověk se nemusí cítit dobře, nemoc ještě není diagnostikována, ale už se objevují její náznaky.

Přímý a nepřímý vliv na léčbu a ošetrovatelskou péči má způsob, jakým člověk prožívá svoje onemocnění a jak moc jej začleňuje do svého života. Tento způsob prožívání a integrace onemocnění nazýváme autoplastický obraz nemoci (Gulášová, 2009, s. 9).

3.2.1 Profesionální přístup všeobecné sestry o hodnoty a potřeby onkologicky nemocného pacienta

Vlivem onkologického onemocnění dochází ke změnám v sociální situaci. Mění se sociální role, potřeby a hodnotový systém člověka (Zacharová, 2011, s. 44).

Moderní léčba pacientů na onkologických pracovištích spočívá v týmové práci jednotlivých členů zdravotnického personálu. Tým tvoří přednosta daného pracoviště, ošetřující lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti či sociální pracovníci. Takový přístup klade na sestry pracující u lůžka nejen odborné znalosti o daném onemocnění, ale hlavně psychickou připravenost. Nesmějí mít strach se přesně vyjádřit, zdůvodnit své tvrzení, respektovat volbu léčby, kterou přijal tým, také podporovat a dodávat pacientovi naději (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková a kolektiv, 2012, s. 437).

Léčebná a ošetrovatelská péče musí být bezpochyby zaměřena na splnění všech primárních a sekundárních potřeb každého člověka. Hlavní cíl je uspokojení potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti nemocného. Další cíl je pak podpora terapeutických procesů, při nichž by měl nemocný aktivně spolupracovat. Velmi důležité pro uspokojování potřeb je vzájemná komunikace mezi pacientem a zdravotním personálem a dobrá informovanost pacienta. Nemá-li pacient dostatečné informace o své nemoci a možnostech léčby, pociťuje strach, protože neví, co jej čeká (Šamánková a kolektiv, 2011, s. 39).

Další velmi důležitá věc pro naplnění potřeb je pomoc nemocnému najít vhodné pojmenování pro jeho aktuální potřebu. Často totiž nemocný člověk popisuje pocit své nepohody rozpačitými slovy jako například „je mi nějak těžko“ nebo „mám takový zvláštní pocit“. Tyto pocity mohou signalizovat potřebu „s někým být“, chtějí se o své starosti podělit s osobou, která je mu v nemocnici na blízku - většinou to bývá všeobecná sestra, která je s pacientem v neustálém kontaktu. Klíčovou dovedností sestry by měla být schopnost respektovat autonomii pacienta, tzn., že respektujeme pacienta takového, jaký je. Autonomii nemocného zjistíme tím, že budeme respektovat jeho vyslovená přání, názory, a také jeho předchozí zkušenosti s léčbou. Aby byla u člověka zachována autonomie, dáme mu možnost podílet se na plánování své léčby, na možnost přijmout nebo odmítnout vyšetření nebo léčbu (Šamánková a kolektiv, 2011, s. 39-40).

Onkologicky nemocný vnímá sestru jako velmi důležitou osobu ve svém životě, protože sestra je s nemocným člověkem více v kontaktu než lékař, a tak si získá jeho důvěru. Jak jsme se již zmínili ve spirituálních potřebách, v péči o onkologicky nemocného je důležitá

komunikace. Sestra by měla umět s onkologicky nemocným vhodně komunikovat, tak aby jej podpořila a pomohla uspokojit základní biologické potřeby. Vlivem léčby kolorektálního karcinomu dochází ke změnám ve vyprazdňování a výživě. Sestra by měla být schopná pacientovi poradit, jaké potraviny jsou pro něj vhodné a nevhodné. Mezi vhodné potraviny řadíme např. libové kuřecí, krůtí nebo králičí maso, malé množství rostlinných tuků v potravě (např. rostlinný olej, flóra). Mezi nevhodné potraviny patří především tučná masa, luštěniny. Pacient si pak podle sebe vybere, jaké potraviny mu vyhovují či naopak.

Potřebu jistoty a bezpečí sestra uspokojuje tím, že pacienta podporuje v léčbě, dokáže jej vyslechnout a získává jeho důvěru. Důvěra mezi sestrou a nemocným člověkem je velmi důležitým prvkem pro kvalitní těchto potřeb.

Bolest je jedním z nejobávanějších příznaků, který ohrožuje pocit bezpečí člověka. Všeobecné sestry, které budou problematiku bolesti dobře ovládat, ji mohou adekvátně ovlivnit. K tomu, aby sestra dokázala zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči ke zmírnění bolesti, je potřebné získat dostatečné informace o formě a intenzitě bolesti (při měření intenzity bolesti je nutné, aby pacient pochopil škálu měření bolesti), stanovit diagnózy, cíle a intervence u pacienta trpícího bolestí, věnovat pozornost lokalizaci, šíření a časovému průběhu nemoci, sledovat provokující faktory a souvislosti vzniku bolesti a poskytovat psychickou podporu s prvky správné sociální komunikace (Zacharová, 2011, s. 45).

Psychologický přístup profesionálních zdravotnických pracovníků k nemocnému s bolestí je velmi důležitý a soustřeďuje se v první řadě na zachování úcty k nemocnému a respektování jeho důstojnosti. Dále pak bychom měli brát ohled na nemocného při vyjádření jeho emocí, a to i negativní charakteru a tolerovat výkyvy nálad, které nejsou spojené s útokem na naši osobu, ale projevem zoufalství nemocného (Zacharová, 2011, s. 45).

V uspokojování **potřeby lásky a sounáležitosti** hraje hlavní roli rodina onkologicky nemocného člověka. Právě rodina, tedy sociální opora, dokáže pomoci nemocnému zvládat změny emocionálních stavů, reakce a chování v průběhu celé léčby a pozitivně ovlivňovat změny osobnosti člověka, které jsou způsobené nemocí (Zacharová, 2011, s. 44). Pokud ale člověk nemá žádnou rodinu, o kterou by se mohl opřít, je sestra jediná osoba v jeho životě, které může plně důvěřovat.

Potřebu uznání a sebeúcty onkologicky nemocného člověka sestra uspokojuje především tak, že se chová k člověku s úctou a zachovává jeho důstojnost. Chovat se k člověku

s úctou a respektovat jeho důstojnost, to je jeden z kroků, jak zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči.

Potřeba kognitivní je u člověka uspokojena, je-li dostatečně a srozumitelně informován o svém zdravotním stavu a průběhu léčby. V případě léčby kolorektálního karcinomu je především nutné chirurgické odstranění nádorem postiženého úseku střeva. Jak jsme již zmínili, že čím blíže je nádor lokalizován ke konečníku, je zde vyšší riziko založení trvalé kolostomie. V rámci kolostomie je nutné, aby byl pacient co nejdříve seznámen s veškerou péčí o stomii erudovanou stomasestrou.

Potřeba estetická se řadí vlivem onkologických onemocnění u většiny lidí až téměř na poslední místo. Každý, kdo onemocní především onkologickým onemocněním, kterých každoročně bohužel stále více a více přibývá, má jednu hlavní potřebu, a to uzdravit se. Vytvoření kolostomie, vlivem chirurgické léčby kolorektálního karcinomu, dochází především k narušení obrazu těla, a to sebou samozřejmě přináší řadu problémů, jako např. deprese a sociální izolace (Herdman a Kamitsuru, 2015, s. 247).

Dalším velkým problémem, z estetického hlediska, je vypadávání vlasů vlivem chemoterapie. Vypadávání vlasů je deprimující pro obě pohlaví, hůře to však snášení ženy. Sestra dále hraje důležitou úlohu v uspokojování estetických potřeb, a to především tím, že se snaží pacienta psychicky podporovat. Dále pak může doporučit pacientovi, aby nosil paruku nebo šátek, než mu narostou vlasy.

Potřeba seberealizace vlivem onkologického onemocnění téměř zaniká. Sestra může uspokojit tuto potřebu jenom tím, že pacienta poslouchá, co všechno v životě dokázal, co pro něj bylo nejdůležitější nebo jaké měl zaměstnání. Někdy stačí pacienta, jenom poslouchat a vlídně na něj promluvit. Vlídne slovo a úsměv dokáže pohladit duši každého nemocného člověka.

Při péči o onkologicky nemocného člověka, nesmíme zapomínat i na jeho rodinu. Jak jsme si již zmínily, tak rodina hraje důležitou roli v celém procesu jeho léčby. Snaží se být nemocnému velkou oporou, dodává mu sílu s nemocí bojovat a často je sama na pokraji svých fyzických a psychických sil. Je velmi těžké starat se o nemocného člena rodiny a zároveň chodit do práce a překonávat překážky, které nám život přináší. Může se stát, že stav nemocného se zhorší natolik, že někdo s rodiny musí zůstat doma a pečovat o něj. Sestra by si při komunikaci s rodinou nemocného měla najít dostatek času a vyslechnout si problémy, které je trápí. Stává se, že nemocný člověk svou diagnózu přijme a vyrovná se

s ní dříve než jeho rodina. Je vhodné rodině doporučit i odbornou psychologickou pomoc a vysvětlit jim zároveň, že vyhledání odborné pomoci není žádná ostuda, ani projev její selhání.

V současné době existují i mobilní hospice. Mobilní Hospic Strom života poskytuje péči pacientům v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných onemocnění v Moravskoslezském, Olomouckém a Zlínském kraji. Jejich cílem je umožnit těžce nemocným lidem strávit závěr svého života v kruhu své rodiny a byla jim zajištěna co nejkvalitnější péče. Poskytuje také terénní odlehčovací službu, která je zaměřena nejenom na nemocného, ale i pro jeho rodinu, která si potřebuje odpočinout. Mobilní Hospic Strom života pořádá příměstský tábor pro děti pozůstalých rodičů, pracovníků, příznivců a podporovatelů Stromu života (Šimák a Ryšková, 2014). Seznam dalších hospiců najdeme v příloze P IV.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Cíle

V bakalářské práci s názvem „Hodnoty a potřeby lidí s kolorektálním karcinomem“ jsme vytyčili jeden hlavní a čtyři dílčí cíle.

Hlavní cíl:

Zjistit, zdali a jak se změnilы hodnoty a potřeby lidí po sdělení diagnózy kolorektální karcinom.

Dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit, jaké hodnoty a potřeby měli pacienti před onemocněním.

Cíl 2: Zjistit, zdali a jak se změnilы potřeby osob v souvislosti s onemocněním.

Cíl 3: Zjistit, jestli ovlivnilo onemocnění osobní a rodinný život nemocných, pokud ano, tak jak.

Cíl 4: Porovnat hodnoty a potřeby lidí před onemocněním a po sdělení diagnózy.

4.2 Metoda a technika výzkumu

V rámci výzkumu dané problematiky byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu, technika polostrukturovaných rozhovorů (interview).

Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje náročnější technickou přípravu. Základem polostrukturovaného rozhovoru jsou specifické okruhy otázek, na které se respondentů ptáme a jejich pořadí je možné měnit. Abychom si ověřili, že danou odpověď pochopili a interpretovali správně, klademe různé doplňující otázky a téma rozpracováváme do hloubky tak, abychom naplnili stanovené cíle. U polostrukturovaného rozhovoru hrají velkou roli vnější okolnosti, jako např. prostředí, ve kterém rozhovor probíhá nebo doba rozhovoru. (Kutnohorská, 2009, s. 40)

4.3 Charakteristika účastníků výzkumu

Účastníky výzkumu tvořilo celkem 5 osob, z toho 4 ženy a 1 muž, kterým od zjištění diagnózy kolorektální karcinom uběhlo v průměru 10 let. Nejstaršímu respondentovi bylo 81 a nejmladšímu 51 let. Za účelem přehlednosti v textu a zachování anonymity byli respondenti označeni zkratkou R1-R5 a tazatel písmenem T. Charakteristika respondentů je uvedena u jednotlivých rozhovorů.

Kritéria pro výběr respondentů:

- muži i ženy,
- věk není podmíněn,
- alespoň rok od zjištění diagnózy kolorektální karcinom,
- ochota spolupracovat.

4.4 Organizace výzkumu

Rozhovory s respondenty probíhaly na základě předem telefonicky domluvené schůzky u nich doma, tedy v jejich přirozeném prostředí. Čtyři rozhovory byly nahrány na mobilní telefon, u jednoho rozhovoru byly zaznamenány metodou „tužka, papír“, následně byly všechny rozhovory přepsány. Délka jednoho rozhovoru trvala v průměru asi 30 minut. Soubor otázek pro respondenty obsahoval 24 položek. Jednotlivé otázky byly navrženy tak, aby došlo ke splnění vytyčených cílů. Dotazovaní respondenti volně odpovídali a v případě potřeby bylo změněno pořadí otázek či přidány otázky doplňující. Nahrané rozhovory byly doslovně přepsány a poté upraveny, a v samotném závěru byla odstraněna slangová a nespisovná slova.

4.5 Zpracování výsledků

Úvodní část rozhovoru (otázky č. 1, 2, 3, 4, 5), obsahovala obecné otázky týkající se věku respondentů, problémy, které je přivedly k lékaři a kdy jim byla zjištěna diagnóza kolorektální karcinom. Další část rozhovoru (otázky č. 6, 7, 8, 9), byla zaměřena na pocity při sdělení diagnózy, co ovlivnilo vnímání jejich nemoci a kdo je během celého průběhu léčby podporoval. Další část rozhovoru (otázky 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 25) se zaměřuje na hodnoty a potřeby, koníčky a záliby respondentů před onemocněním a po zjištění diagnózy. Poslední částí rozhovoru (otázky 21, 22, 23, 24) zjišťujeme přístup zdravot-

nického personálu k respondentům během celého průběhu léčby. Poslední část rozhovoru, také zjišťuje, zda jsou respondenti v nějakém sdružení (např. klub stomiků).

5 ROZHOVORY S RESPONDENTY

5.1 Rozhovor s paní J. K.

Paní J. K. je dále uváděna pod zkratkou R1. Je to 74 letá žena, kolorektální karcinom jí byl diagnostikován v roce 2002. Nyní je ve starobním důchodu, ale před tím pracovala jako sekretářka předsedy na okrese. Je vdova, žije sama, ale pravidelně navštěvuje své děti a vnoučata. Vlivem nádoru jí byla založena trvalá kolostomie, se kterou se bez jakýkoliv problémů dokázala naučit žít. Rozhovor probíhal v jejím domácím prostředí a trval asi 20 minut.

T: „Kolik je vám let?“

R1: „*Je mi 74 let.*“

T: „Kdy Vám byla zjištěna rakovina tlustého střeva nebo konečnicku?“

R1: „*Nádor tlustého střeva mi byl diagnostikován v dubnu v roce 2002, letos už to bude 16 let.*“

T: "Co Vás přivedlo k lékaři? Měla jste nějaké problémy, např. krvácení z konečnicku, nebo jste byla na preventivní prohlídce?"

R1: „*K lékaři mě přivedlo velmi silné krvácení, předtím jsem žádné problémy neměla.*“

T: „Jak dlouho trvalo krvácení a svěřila jste se s tím někomu?“

R1: „*Krvavý průjem trval celou noc. Ráno jsem šla do práce a na naléhání kolegyně jsem navštívila lékaře. Nejprve jsem navštívila paní doktorku K., která mi udělala kolonoskopii, zjistila problém a už to bylo.*“

T: „Co Vás napadlo, když jste se dozvěděla diagnózu?“

R1: „*Vůbec jsem se nehroutila, brala jsem to tak, jak to je.*“

T: „Sdělila jste diagnózu své rodině, přátelům hned, co jste se to dozvěděla, nebo jste ji nejprve tajila a řekla až později?“

R1: „*Svou diagnózu jsem řekla dětem, můj nejmladší syn tenkrát studoval medicínu, a manželovi. Mamince jsem neříkala nic, bylo jí 94 let a já jsem se o ni starala. Život šel*

dál. Tenkrát jsem pracovala jako sekretářka předsedy na okrese. Díky němu jsem se dostala do Brna na Žlutý kopec do Masarykova onkologického ústavu, kde jsem byla zařazena do výzkumného programu. “

T: „Kdo Vás nejvíce během onemocnění podporoval?“

R1: „*Nikdo mě nepodporoval, snažila jsem se bojovat sama, starala jsem se o maminku, syn studoval medicínu a já jsem si nepřipouštěla, že by to nedopadlo dobře. “*

T: „Změnily se nějak vztahy s rodinou?“

R1: „*Nezměnily se vztahy s rodinou, o babičku jsem se starala nadále. “*

T: „Ovlivnil někdo nebo něco vnímání Vaši nemoci? Co Vám pomáhalo situaci zvládnout?“

R1: „*Situaci mi pomáhala zvládnout chuť do života. “*

T: „Jak se změnil Vás život v souvislosti s onemocněním?“

R: „*Nijak se nezměnil, já jsem to brala tak, jak to je. “*

T: „A jak jste se smířila s tím, že máte stomii?“

R1: „*Stomii jsem brala jako skutečnost, málo komu říkám, že mám stomii, ani s nejbližšími přítelkyněmi se o tom nebavím. “*

T: „Jak na Vaše onemocnění reagovalo okolí, pokud o situaci vědělo?“

R1: „*Já jsem o svém onemocnění nikomu neříkala. “*

T: „Jaké byly Vaše hodnoty a potřeby před onemocněním? Co pro Vás bylo nejdůležitější?“

R1: „*Nejdůležitější pro mě bylo, aby syn dostudoval a abych doopatrovala babičku. “*

T: „Jaké jste měla koníčky, záliby, jak jste trávila volný čas?“

R1: „*Hodně jsem četla, chodila na procházky, setkávala se s kamarádkami a vlivem onemocnění jsem se nemusela vzdát svých koníčků, provozovala jsem je i nadále. Nyní jsem v důchodu, ale před tím jsem pracovala jako sekretářka předsedy na okrese. “*

T: „Ovlivnilo Vaše onemocnění Váš osobní život?“

R1: „*Onemocnění neovlivnilo můj osobní život, snažila jsem se žít jako předtím.*“

T: „Co Vás motivovalo k uzdravení?“

R1: „*K uzdravení mě motivovala chuť do života.*“

T: „Jak byste charakterizovala přístup zdravotnického personálu k Vám?“

R1: „*Velmi dobře, jsou to profesionálové. Stále jezdím do Brna na pravidelné kontroly.*“

T: „Poučily Vás sestry o tom, jak máte o sebe pečovat a co by bylo vhodné upravit?“

R1: „*Sestry mě poučily, nestěžuji si, v tomto směru jsou to profesionálové.*“

T: „Vyhledala jste si během léčby nějakou skupinu stejně nemocných lidí?“

R1: „*Jsem členkou klubů stomiků v Brně. Zpočátku jsem nechtěla do klubu, až po 2 letech od jedné paní, jsem se dozvěděla o klubu a nyní jsem přes 10 let členkou ve výboru.*“

T: „Rozrůstá se Váš klub o nové členy?“

R1: „*Moc ne, jsme tam pořád jenom ta samá parta. Spíše jenom my starší. Mladí buď nechtějí, nebo nemají čas, protože mají práci.*“

T: „Dohledávala jste si informace o svém zdravotním stavu na internetu?“

R1: „*Nedohledávala jsem informace na internetu. Poslouchala jsem lékaře.*“

T: „Vidíte změnu ve svém životě před a po onemocnění?“

R1: „*Jsem již 10 let v klubu stomiků v Brně, pořádáme různé akce a často se scházíme. Při setkání v klubu se nebavíme o onemocnění, ale o běžných věcech v životě. Snažím se věnovat své rodině, navštěvuji svoje syny a vnoučata.*“

T: „Změnil se Váš žebříček hodnot nebo potřeby v souvislosti s onemocněním?“

R1: „*Můj žebříček hodnot se nezměnil. I před onemocněním byla pro mě důležitá rodina a práce. V lednu 2003 jsem nastoupila opět do práce, v červnu jsem musela odejít do důchodu, protože okresy už skončily, ne že bych do důchodu chtěla.*“

Shrnutí:

U R1 byl kolorektální karcinom diagnostikován v roce 2002. K lékaři ji přivedlo velmi silné krvácení. Vlivem nádoru ji byla založena trvalá kolostomie, kterou, jak sama říká, brala jako skutečnost. Na Žlutém kopci Masarykova onkologického ústavu v Brně byla začleněna do výzkumného programu. Dodnes tam jezdí na pravidelné kontroly. Již přes 10 let je členkou klubu stomiků v Brně. Její hodnoty a potřeby se vlivem onemocnění nezměnily.

5.2 Rozhovor s paní A. K.

Paní A. K. je dále uváděna pod zkratkou R2. Je to 70 letá žena, které byl kolorektální karcinom diagnostikován v roce 2007. Nyní je ve starobním důchodu, bydlí v rodinném domku se svým manželem se psem, předtím pracovala jako dělnice. Rozhovor s paní jsme prováděli u ní doma, manžel celou dobu náš rozhovor poslouchal z vedlejší místnosti. Rozhovor trval asi 30 minut.

T: „Kolik je Vám let?“

R2: „23. března mi bylo 70 let.“

T: „Kdy Vám zjištěna diagnóza rakovina tlustého střeva?“

R2: „19.6 2007 mě poslala paní doktorka K. na kolonoskopii do Kroměříže.“

T: „Jestli jsem to správně pochopila, tak se s tím léčíte 11 let?“

R2: „Onkologicky nemocný pacient zůstane až do smrti. Žádné léky už neužívám.“

T: „Co Vás přivedlo k lékaři? Preventivní prohlídka, nebo jste měla nějaké problémy?“

R2: „U mě to bylo jednoduché, já jsem si nejprve myslela, že mě tam paní doktorka posílá zdravou.“

T: „Na preventivní prohlídku?“

R2: „Já jsem měla silné krvácení do stolice. Asi 14 dní nebo 3 týdny jsem to zapírala. Pak jsem šla ke své paní doktorce si nechat předepsat léky na vysoký krevní tlak. Kdyby se mě nezeptala, jestli nemám žádné jiné problémy, tak by to mohlo dopadnout všechno jinak, možná bych se ani nepřiznala, že mám krvácení do stolice. Jelikož můj bratr ve 42 letech zemřel na nádor tlustého střeva, tak jsem dostala strach.“

T: „Co Vás napadlo, když jste se dozvěděla diagnózu?“

R2: „Za 14 dní po provedení kolonoskopie jsem si jela pro výsledek, manžel mě doprovázel. Věděla jsem to už při otevření dveří. Ten pohled paní doktorky a sestry mi pověděl všechno. Dozvěděla jsem se, že je to agresivní druh rakoviny a že musím podstoupit operaci.“

T: „A když jste se dozvěděla diagnózu, sdělila jste ji rodině hned?“

R2: „*Ano, já mám štěstí nebo i výhodu, celá moje rodina je tady*“ (ukazuje na spícího psa a na manžela, který celý náš rozhovor pozoroval).

T: „Pes a manžel byli Vaši největší oporou?“

R2: „*Na Slovensku mám ještě rodinu. Té jsem to řekla až s odstupem času. Po telefonu není komunikace taková, jako osobně. Rakovina je dnes v takovém stádiu jako diabetes.*“

T: „Ano, máte pravdu, lidí trpících rakovinou stále přibývá.“

R2: „*Dnes už mají lékaři větší úspěšnost léčby rakoviny než v minulosti. Lékaři také říkají, že když vás podporuje rodina, tak je to více jak poloviční úspěch. V mém případě tomu, tak nebylo. Bydlím s manželem. S rodinou na Slovensku jsem nebyla často v kontaktu.*“

T: „Co Vám pomáhalo tu situaci zvládnout? Jak jste svou nemoc vnímala?“

R2: „*Já si myslím, že jsme lidé, kteří mají rádi život a kteří ho rádi nemají. Já mám ráda život, tady ty kopce.*“ (ukazuje z okna Hostýn a přírodu kolem)

T: „Změnil se Váš život v souvislosti s onemocněním?“

R2: „*Já jsem nikdy nějaký bouřlivý život nikdy nevedla. Měla jsem více méně vyrovnaný život.*“

T: „Změnily se vztahy s rodinou vlivem onemocnění?“

R2: „*U manžela jsem žádnou změnu neviděla. Jak jsem již zmínila, tak mám rodinu na Slovensku. Sourozenci mi řekli, že jsem měla na sebe dávat pozor. Já přece za to přece nemůžu a nebýt toho krvácení, já jsem byla zdravá. Ještě ke mně projevovali náklonnost, jednali se mnou, jak se říká, v rukavičkách.*“

T: „Jaké byly Vaše hodnoty a potřeby před onemocněním? Co bylo nejdůležitější?“

R2: „*V první řadě je pro mě rodina. Byla jsem rodinný typ, pomáhala jsem doma. Hodnota pro mě znamená i výsledek v práci, vydělat si peníze, a také jsem toužila poznat svět.*“

T: „Jaké jste měla koníčky, záliby, jak jste trávila volný čas?“

R2: „*Já mám v životě štěstí. Příroda mi dala zručnost. Ráda vyšívám, jako moje maminka.*“ (ukazuje obrazy, které sama vyšívala). „*Jinak mé koníčky byly drobné práce kolem*

domu, rodinný dům a zahrada. Snažila jsem si všechny věci doma a kolem domu dělat sama. “ (ukazuje, co všechno doma dělá, např. malování)

T: „Musela jste vlivem onemocnění vzdát některých svých koníčků nebo zálib?“

R2: „*Nemusela jsem se vzdát svých koníčků, nikdy jsem se nelitovala, jsem totiž Beran. “*

T: „Změnil se Váš žebříček hodnot nebo potřeby v souvislosti s onemocněním? Změnila jste nějak své návyky?“

R2: „*Nebylo co hodnotit, vím, že jsem neudělala špatnou věc, co bych musela radikálně změnit. “*

T: „Ovlivnilo onemocnění Váš osobní život?“

R2: „*Jak je pověstný tunel, já jsem šla za tunelem, byl to příjemný pohled a cesta, teď už mám z toho hrůzu. 2. 8. 2007 byla první operace, 8. 8. byla druhá operace defektu močového měchýře. Dnes už nevím, jak jsem to všechno vydržela, hodně odborných článků jsem přečetla, dřív bych ale zemřela na vyhladovění. Celý srpen jsem strávila na Žlutém kopci. Já jsem tam potom zhubla z 63 na 50 kg. Poslední dávku, už ten poslední měsíc chemoterapie, kdy byl, tak bylo období, že vlastně, jednoduše někde do kouta padnete a nevíte, že jste zemřela, ani nevíte, že žijete, bylo období zlé, co mě postavilo na nohy, no ještě tak, kdy už o byl ten poslední měsíc, z Brna mě dovezli, on mě dovezl domů (ukazuje na manželku), protože tam musíte mít doprovod, oni Vás jinak nepustí z nemocnice domů, protože jak berete ty dávky chemoterapie, tak, jako byste létala nad zemí, to jste ve stavu, nevím jako, na řízení to není, to je takový stav, kdy za sebe vůbec nezodpovídáte. Na nohy mě postavil kuřecí vývar s kořenovou zeleninou. Dalšího půl roku, to byla moje strava, jelikož moje trávení bylo vlivem léčby nulové. Dále jsem mohla jíst zakysané mléčné výrobky. “ (donesla ukázat, jaké zakysané mléko pije)*

T: „Co Vás motivovalo nebo motivuje k uzdravení?“

R2: „*Chuť do života, mám ráda život. “*

T: „Jak byste charakterizoval/a přístup zdravotnického personálu k Vám?“

R2: „*Já osobně bych práci sester dělat nemohla, protože bych všechno protože bych vše prožívala s pacientem. Byla tam sestra, která mi nikdy nedokázala zavést kanylu, tak jsem*

nechtěla, aby to dělala ona. Myslím si, že jaká je setra, takový je pacient. Lékaře posoudit neumím.“

T: „Vyhledala jste si během léčby nějakou skupinu stejně nemocných lidí?“

R2: „*Stranila jsem se, protože z vyprávění o různých problémech si myslíte, že je máte taky, přitom je nemáte. Na chemoterapii jsme si byli všichni rovné, jedna pacientka mi řekla, že ze mě vyřazuje pozitivní energie. Smály jsme se tam a vůbec to nevypadalo, že jsme onkologicky nemocné. Kamarádku jsem si odtud ale nepřivezla.“*

T: „Dohledávala jste si informace o svém zdravotním stavu na internetu?“

R2: „*Snažila jsem se o to nezajímat, nechtěla jsem vědět co mi je, nemám čas sedět u počítače.“*

T: „Vidíte změnu ve svém životě před a po onemocnění? Pokud ano, v čem nejvíce?“

R2: „*Změna velká, roky stále přibývají, ale já si nepřipouštím. Malé věci dokáží udělat v životě hodně moc.“*

Shrnutí:

U R2 byl kolorektální karcinom diagnostikován v roce 2007. K lékaři ji přivedlo krvácení do stolice. Léčila se na Žlutém kopci v Brně. Během nemoci byl její oporou její manžel, další rodinu měla na Slovensku, takže s ní nebyla tak často v kontaktu. Svou nemoc překonala, hlavně díky pozitivnímu přístupu k životu a lásce k přírodě. Její hodnoty se vlivem onemocnění nezměnily, i před onemocněním pro ni byla důležitá rodina a příroda. Potřeby se vlivem onemocnění změnily, a to hlavně způsob stravování.

5.3 Rozhovor s paní M. U.

Paní M. U., dále uváděna pod zkratkou R3, je 51 letá žena, které byl kolorektální karcinom diagnostikován v roce 2010. Žije v rodinném domě se svým manželem a dvěma syny, nyní je v invalidním důchodu, předtím pracovala jako prodavačka. Rozhovor probíhal zcela nerušeně v domácím prostředí a trval 35 minut.

T: „Kolik je Vám let?“

R3: „*Bude mi 51 let.*“

T: „Kdy Vám zjištěna diagnóza kolorektální karcinom?“

R3: „*Před 8 lety v roce 2010.*“

T: „Co Vás přivedlo k lékaři? Preventivní prohlídka, nebo jste měla nějaké problémy?“

R3: „*Já jsem měla často potíže s nadýmáním a užívala jsem Espumisan. Poté jsem přestoupila k jiné paní doktorce a ta mi provedla veškerá vyšetření a poslala mě k paní doktorce K. na kolonoskopii.*“

T: „Jak dlouho trvaly problémy s nadýmáním?“

R3: „*Ze začátku jsem to ani nevnímala, ale pak se problémy začaly stupňovat, až se postupně staly nesnesitelnými. Poslední měsíc před diagnostikováním jsem měla i krev ve stolici.*“

T: „Co Vás napadlo, když jste se dozvěděla diagnózu?“

R3: „*Já jsem byla ze začátku tak v šoku, že jsem si neuvědomovala, že rakovina je vážná nemoc. Vůbec jsem to nebrala nějak tragicky. Jenom jsem si říkala, že půjdu na operaci a budu mít vývod. A vůbec mě nenapadlo, že bych to nemusela přežít. V té době byl můj nejmladší syn ještě malý a já jsem si říkala, že on mě ještě potřebuje, tak nemůžu odejít.*“

T: „Máte vývod?“

R3: „*Vývod nemám, ale nemám svěrač, ten mi nezachránili. Musím nosit vložky, a když někam jdu, tak si musím vzít Imodium a ještě pořádně nic nejíst.*“

T: „Diagnózu jste rodině sdělila hned, jak jste se ji dozvěděla?“

R3: „*Můj tatínek měl rakovinu slinných žláz, já zase rakovinu konečníku, takže jsem to hned řekla.*“

T: „*Jak rodina reagovala?*“

R3: „*Neutěšovali mě, jednali se mnou tak, jak kdybych byla zdravá, a já jsem si taky tak připadala, pomohlo mi to. Byla jsem unavená až při samotné léčbě, jak jsem jezdila na ozařování. Já jsem se i vyhýbala těm lidem, co se chtěli bavit na toto téma, třeba švagrová říkala, že jsem nemocná a pořád se směju, to mi moc nepomohlo, tak už jsem tam ani nechodila.*“

T: „*Takže jste se spíše vyhýbala kontaktům v okolí?*“

R3: „*Okolí jsem se nevyhýbala, kdo mě podporoval, tak jsem se s nimi ráda povídala. Těm, kdo se chtěli o onemocnění bavit, jsem se vyhýbala.*“

T: „*Takže během onemocnění Vás nejvíce podporovala rodina?*“

R3: „*Ano, rodina, kamarádi. Já jsem nemohla být sama, pořád jsem vyhledávala společnost.*“

T: „*Kamarádi o Vašem onemocnění tedy věděli?*“

R3: „*Ano, věděli, třeba sousedka, ta byla tenkrát hodně doma, ta mi pomohla. Kolikrát než jsem jela na ozařování, šla jsem za ní, když jsem čekala na sanitku a nemohla jsem se jí dočkat, tak jsem šla na čaj. Ta mi jako hodně pomohla. Rodina za mnou jezdila do nemocnice. Nejhorší bylo čekání na sanitku a autobusem se mi jezdit nechtělo.*“

T: „*Ovlivnil někdo nebo něco vnímání Vaši nemoci? Vy jste to spíše vnímala pozitivně, nebo snažila jste se to brát tak jak to je?*“

R3: „*Možná díky manželovi jsem tu nemoc nevnímala vážně. On totiž zakazoval lékařům, aby mi řekli, že ten nádor byl zhoubný. Já jsem tomu celou dobu věřila. Až po operaci jsem se dočetla, že nádor, který mi operovali, byl zhoubný.*“

T: „*Vy jste chodila na ozařování a na chemoterapii?*“

R3: „*Ne já jsem chodila na ozařování a před každým ozařování, jsem si musela vzít jeden prášek, ale teď si nevzpomenu, jak se jmenoval.*“

T: „Jaké záliby a koníčky jste měla, než jste onemocněla?“

R3: „*Koníčky, tak já jsem byla zaměstnaná v obchodě. Potom jsem se starala o rodinu, zahrádku jsem měla, četla jsem, do cvičení jsem chodila, pak už jsem nemohla.*“

T: „A když jste onemocněla, tak jste musela vzdát jenom toho cvičení?“

R3: „*Ano, ale zase jsem začala, ale teď jsem spadla na ruku, takže zase nechodím.*“

T: „Ovlivnilo Vaše onemocnění Váš osobní život? V čem?“

R3: „*Musela jsem se omezit, už si nedovolím gulášek, zeličko. (smích). Život mi to ovlivnilo, hlavně v tom, že se musím hodně omezovat v jídle. Mám vyzkoušené, jaké potraviny můžu jíst a jaké naopak ne. Také, když někam jdu, musím si dát vložku a musím mít sebou hygienické potřeby.*“

T: „A přehodnotila jste nějak svůj život?“

R3: „*Ano, přehodnotila. Dříve jsem se bála, co si lidé o mě budou myslet a nyní je mi to jedno. Ať si lidé o mně myslí, co chtějí, já jsem ráda, že žiju.*“

T: „Co Vás motivovalo k tomu se uzdravit?“

R3: „*Ten můj malý syn, tenkrát byl malý, dnes je mu 20 let (smích). Tenkrát mu bylo 12. Hlavně mě motivovala rodina a děti.*“

T: „Jak byste charakterizovala přístup zdravotnického personálu k Vám?“

R3: „*V Kroměříži na ozařování, tam byli skvělí lékaři, zejména pan asistent N., zástupce primáře, on byl velmi příjemný.*“

T: „Poučily Vás sestry o tom, jak máte o sebe pečovat a co by bylo vhodné upravit nebo změnit?“

R3: „*Ano, hned na onkologii jsem měla dietu, skoro stejnou jako před kolonoskopií. Spoustu věcí jsem nemohla, už si to ani přesně nepamatuju.*“

T: „Vyhledala jste si během léčby nějakou skupinu stejně nemocných lidí?“

R3: „*Ne, neměla jsem na to ani čas. Pořád jsem jezdila na ozařování a tam jsme se všichni mezi sebou bavili. Vůbec jsme se nebavili o rakovině, ale bavili jsme se mezi sebou o normálních věcech.*“

T: „Dohledávala jste si informace o svém zdravotním stavu na internetu?“

R3: „*Ne, vůbec, já jsem ani neměla počítač a já jsem ani nechtěla.*“

T: „Vidíte změnu ve svém životě před a po onemocnění? Pokud ano, v čem nejvíce?“

R3: „*Ted' si užívám, mám sice epilepsii, ale snažím se všechno brát tak, jak to je. Spíše nemám strach tak o sebe jak o druhé. Mám 4letého vnuka a ten se narodil s nemocnými játry, tak o toho mám strach. Nepřipouštím si, že bych mohla být nějak nemocná. Každý to má jinak, ale já to mám tak.*“

Shrnutí:

U R3 byl kolorektální karcinom diagnostikován v roce 2010. K lékaři ji přivedlo stupňující se nadýmání a nakonec i enteroragie. Byla poslána na kolonoskopii, kde jí poté byl diagnostikován karcinom. Vyléčila se díky pozitivnímu přístupu k životu, rodině a blízkým lidem, kteří ji neustále podporovali. Změnily se její potřeby, hlavně způsob stravování a má problémy s vyprazdňováním. Svůj život si užívá, i když má ještě spoustu jiných diagnóz a její jedno, co si o ní lidé myslí, hlavně, že je v rámci možností zdravá.

5.4 Rozhovor s panem F. K.

Pan F. K., dále označován jako R4, je 81 letý muž, kterému byl kolorektální karcinom diagnostikován v roce 2006. Vlivem nádoru byla mu založena trvalá kolostomie. Nyní, je ve starobním důchodu, předtím pracoval na vrátnici. Žije v bytě se svou manželkou. Rozhovor probíhal u něj v bytě za přítomnosti manželky, která se do rozhovoru také zapojila. Rozhovor trval 25 minut.

T: „Kolik je Vám let?“

R4: „*Je mi 81.*“

T: „Kdy Vám byla zjištěna diagnóza rakovina tlustého střeva?“

Manželka: „*Před 12 lety.*“

R4: „*To jsem rád, že mám mluvčího, já bych Vám to mohl nějak špatně říct.*“

T: „Co Vás přivedlo k lékaři?“

Manželka: „*Měl krev ve stolici.*“

T: „Jak dlouho to krvácení trvalo?“

R4: „*Myslím, že o krvácení trvalo tak dva roky, ale nevím přesně.*“ (ptá se manželky)

Manželka: „*Já nevím.*“

R4: „*Krvácení nebylo pravidelné, ale postupem času se to zhoršovalo.*“

T: „Co Vás napadlo, když jste se dozvěděl diagnózu?“

R4: „*Tak to Vám řeknu, tak to Vám teda řeknu. Poslali mě do Kroměříže k panu doktorovi, na jméno si nemůžu vzpomenout. Pan doktor byl velmi příjemný, udělal mi kolonoskopii a řekl mi, ať přijdu za týden. Za týden jsem tam přišel a on byl takový vážný. Já jsem hned, jak jsem uviděl pana doktora, prohlásil „**je to rakovina**“. Tak jsem nastoupil do nemocnice a začalo další vyšetření.*“

T: „Sděлил jste diagnózu své rodině, přátelům hned, co jste se to dozvěděl nebo jste ji nejprve tajil, a řekl až později? Jak rodina reagovala?“

Manželka: „*Hned nám to řekl, ale byla to rána.*“

R4: „*Pan doktor nemohl pochopit, že jsem vůbec nebrečel. Ale nemyslete si to co, jsem prožíval uvnitř, byla hrůza, ani jsem nevěděl, jak jedu domů.*“

T: „*Během onemocnění Vás asi nejvíce podporovala manželka?*“

R4: „*Určitě, a známí také.*“

Manželka: „*A samozřejmě děti.*“

T: „*Ovlivnil někdo nebo něco vnímání Vaši nemoci?*“

Manželka: „*Jak to jako myslíte?*“

T: „*Například někdo vlivem onemocnění se třeba upevní ve víře...*“

R4: „*Už Vám rozumím. Oba dva jsme katolíci, ale vlivem onemocnění jsme se nezačali více modlit.*“

Manželka: „*Do nemocnice, kde jsme chodili, ho dvakrát operovali. Když mu dělali první vývod, vyskytla se komplikace. Při operaci poškodili močovou trubici, tak mu konečníkem tekla moč. Než mohl jít na druhou operaci, tak nosil 4 měsíce i močový sáček. Druhá operace už byla bez komplikací, ale my jsme měli nervy pořád, protože ty stomické sáčky špatně držely.*“

R4: „*S tím se člověk nikdy nenaučí.*“

T: „*Jak se změnil Vás život v souvislosti s onemocněním?*“

Manželka: „*Změnil se úplně. Změnil, protože se bojí jet vlakem, autobusem. Po druhé operaci měl ránu oteklou, tak mu tam špatně držely stomické sáčky. Nepříjemné bylo to, že v nemocnici dostal průjem. Radši už nechci ani vzpomínat.*“

T: „*Změnily se nějak vztahy s rodinou?*“

R4: „*Já myslím, že ne.*“

T: „*Jak na Vaše onemocnění reagovalo okolí?*“

R4: „*Někdo kroučí hlavou, jak jsem to tak dlouho vydržel.*“

Manželka: „*Je to hodně nepříjemné. Každý den vyměňovat sáčky, špatně drží, tak je vždycky musím ještě přilepit. Rodinný život to velmi ovlivnilo. Ostatní jezdí i se stomií na dovolenou, to my nemůžeme.*“

T: „*Jaké byly Vaše hodnoty potřeby před onemocněním? Co pro Vás bylo nejdůležitější?*“

R4: „*Já už jsem byl v důchodu tenkrát a sloužil jsem na vrátnici.*“

Manželka: „*Sem tam chodil vypomáhat. Jinak ty hodnoty, my máme v Bílavsku starý dům a zahradu.*“

T: „*Já jsem třeba myslela i to, že někdo je například kariérista a když přijde nemoc, tak si váží zdraví a rodiny.*“

R4: „*Hlavně to zdraví, to je nejdůležitější.*“

Manželka: „*Rodinný život to velmi ovlivňuje.*“

T: „*Jaké jste měl koníčky, záliby, jak jste trávil volný čas?*“

R4: „*Holuby, čtení, zahradou.*“

Manželka: „*Hlavně tu zahrádku.*“

R4: „*Dům jsme přepravovali a to všechno okolo pořád.*“

T: „*Takže musel jste se vzdát nějakých zálib?*“

R4: „*Ano, určitě, musel jsem se vzdát těžké práce, teď to za mě dělají děti. Oni totiž nechtějí, abychom dělali takovou práci.*“

T: „*Co Vás motivovalo k uzdravení?*“

R4: „*No víte, já jsem si původně říkal, nebo kolikrát jsem si říkal, kdyby mě nechala a byl jsem tam někde v nebi nebo..., tak to by bylo lepší, no tak to mě teda nemotivovalo. Pak jsem si říkal, že jsou na tom ostatní daleko hůř než já, to mě motivovalo a to nás motivuje.*“

Manželka: „*Například lidi na invalidním vozíku jsou na tom daleko hůř.*“

T: „*Jak byste charakterizoval přístup zdravotnického personálu k Vám?*“

R4: „*Nemůžu nadávat, naše paní doktorka je vynikající, ta nás oba zachránila. V nemocnici člověk nemůže nic říct.*“

T: „*Poučily Vás sestry o tom, jak máte o sebe pečovat a co by bylo vhodné upravit nebo změnit?*“

R4: „*Ale jo, to jo.*“

Manželka: „*První sestra, která tam byla, teď je na mateřské dovolené, byla moc hodná. Vysvětlovala nám, jak se máme o stomii starat, ukázala nám hodně pomůcek, které se při péči často využívají.*“

R4: „*Teď je tam jiná sestra, a taky moc hodná, každé 3 měsíce tam jezdíme pro pomůcky.*“

T: „Vyhledal jste si během léčby klub stomiků?“

R4: „*Ano.*“

Manželka: „*V Kroměříži byl klub stomiků, jezdili jsme tam často. Pořádali tam pro nás různé akce, jako např. prohlídka zámku nebo soutěž ve vánočním cukroví. Scházelo se nás tam hodně a bavili jsme se o běžných věcech, ne o nemoci.*“

T: „Dohledával jste si informace o svém zdravotním stavu na internetu?“

R4: „*Ano dohledával, ale moc jsem tomu nevěřil. Lidé tam psali různé příběhy.*“

T: „Vidíte změnu ve svém životě před a po onemocnění?“

R4: „*Ano, v životě je velká změna.*“

Manželka: „*Změnil se ten život, ale je to pořád lepší než být upoután na invalidní vozík.*“

R4: „*To jsou stejně osudy, co má být, to bude, mě o tom nikdo nepřesvědčí.*“

Shrnutí:

U R4 byl kolorektální karcinom diagnostikován v roce 2006. K lékaři ho přivedlo krvácení do stolice, které bylo zpočátku nepravidelné, ale postupem času se začalo zhoršovat. Vlivem nádoru, byla provedena trvalá kolostomie, která zpočátku nebyla bez komplikací. Podle jeho slov se se stomií nikdy nenaučí. Upevnil se v tom, že zdraví je nejdůležitější věc, kterou člověk může mít. Onemocnění zcela změnilo jeho osobní život, nemůže dělat stejné věci jako před onemocněním (např. vzdal se těžké práce kolem domu, bojí se jezdit veřejnými dopravními prostředky) kvůli neustálým problémům se stomií. Během léčby byl podporován celou svou rodinou, hlavně manželkou.

5.5 Rozhovor s paní D. B.

Paní D. B. je dále označená jako R5. Je to 72 letá žena, které byl kolorektální karcinom diagnostikován v roce 2004. Vlivem nádoru jí byla založena trvalá kolostomie. Nyní je ve starobním důchodu, předtím pracovala jako dělnice. Žije sama ve svém bytě. Rozhovor probíhal u ní v bytě zcela nerušeně a trval 26 minut.

T: „Kolik je Vám let?“

R5: „*V červnu mi bude 72.*“

T: „Kdy Vám zjištěna diagnóza rakovina tlustého střeva?“

R5: „*V roce 2004.*“

T: „Co Vás přivedlo k lékaři? Preventivní prohlídka nebo jste měla nějaké potíže?“

R5: „*Já jsem měla problémy s trávením.*“

T: „Problémy s nadýmáním?“

R5: „*Ano a já jsem šla k naší paní doktorce, která mě poslala do Kroměříže k paní doktorce. Říkala, že mám nafouklé břicho, tak mi udělala kolonoskopii.*“

T: „Jak dlouho trvaly ty problémy?“

R5: „*Po Novém roce jsem ještě nic nepocítovala, problémy začaly až někdy v březnu nebo v dubnu, cítila jsem se pořád taková plná a pak jsem měla problémy s vyprazdňováním.*“

T: „Svěřila jste se někomu s těmi problémy?“

R5: „*Řekla jsem manželovi, že půjdu k paní doktorce. Ona mě poslala na vyšetření se žaludkem, já jsem si myslela, že mám problémy se žaludkem.*“

T: „Co Vás napadlo, když jste se dozvěděla diagnózu?“

R5: „*Víte, že nic? Zjistili mi rakovinu začátkem července, hned po svátcích mě dcera vezla do nemocnice, abych se tam mohla objednat. V pondělí jsem tam nastupovala a ve středu jsem šla na operaci. Neměla jsem ani čas o tom přemýšlet. Po operaci mi řekli, že mi museli udělat vývod, který budu mít jenom na rok. Po roce, jak jsem šla na kontrolu, mi řekli, že vývod budu už pořád.*“

T: „Jak jste reagovala, když Vám řekli, že budete mít vývod?“

R5: „*Já jsem to brala normálně. Během roku jsem si na něj zvykla. Já jsem typ člověka, který své problémy nikomu neříká, snažím se s tím vyrovnat sama.*“

T: „Kdo Vás nejvíce během onemocnění podporoval?“

R5: „*Dcera za mnou často jezdila do nemocnice, manžel málo, protože špatně chodil. Také mě navštěvovala dobrá kamarádka, která už bohužel zemřela. Odebírám časopis, Radim, kde jsou napsané různé příběhy lidí, kteří mají stomii, a také jsou tam pomůcky a postup při péči o stomii.*“ (ukazuje časopis)

T: „A vy jste členkou klubu stomiků?“

R5: „*Já nejsem členkou klubu, časopis mi začali posílat, jako propagaci firmy. Časopis se mi líbí.*“

T: „Vztahy s rodinou se nějak změnilы vlivem onemocnění?“

R5: „*Ne změnilы, to nemůžu říct.*“

T: „A jak okolí reagovalo na Vaše onemocnění?“

R5: „*Nějak jsem to nepozorovala, hned jsem řekla, že nechci litování.*“

T: „Jaké byly Vaše hodnoty a potřeby před onemocněním? Co bylo nejdůležitější?“

R5: „*Pro mě byla důležitá rodina, manžel, dcera. Náš byt, který manžel postavil svépomocně a dcera, aby dostudovala. Dnes už je jí 50 a má dobrou práci.*“

T: „Změnilы se nějak hodnoty nebo potřeby vlivem onemocnění? Spíše asi ty potřeby například s jídlem nebo vyprazdňováním?“

R5: „*Ano, s tím jídlem je to pravda. Loni jsem zhubla ze 49 kilogramů na 44. Já se každý den před koupáním vážím. Šla jsem na onkologii, jestli nemám nějaký vážný problém. Provedli vyšetření a nic vážného nenašli. V té době jsem měla problémy s jídlem, tak nutriční terapeutka mi řekla, abych jí napsala můj týdenní jídelníček. Doporučila mi nutridrinky, které mi opravdu pomohly. Nejvíce mám problémy s vitamíny, protože nemůžu syrovou zeleninu a vařením se vitamíny ztrácejí, tak беру vitamíny v tabletové formě. Za tu dobu už vím, co můžu jíst a co naopak ne.*“

T: „Přehodnotila jste nějak svůj život?“

R5: „*Ano, teď každému říkám, že za zdraví si peníze nekoupí. Mám sestřenicí, která má 80 let a ta vůbec neví co je to doktor.*“

T: „Co Vás motivovalo k uzdravení?“

R5: „*Já jsem věřila, že všechno dopadne dobře. Když mi řekli, že ta operace dopadla dobře, tak jsem tomu věřila. Ani chemoterapie mi nedělala problémy.*“

T: „Jak byste charakterizovala přístup zdravotnického personálu k Vám?“

R5: „*Já si opravdu nemůžu stěžovat. Já se jenom divím, že v Kroměříži není lůžkové onkologické oddělení, protože je tam moc pacientů. Leželi jsme normálně na chirurgii.*“

T: „Poučily Vás sestry o tom, jak máte o sebe pečovat a co by bylo vhodné upravit nebo změnit?“

R5: „*Ano, chodila tam taková příjemná stomasestra.*“

T: Vyhledala jste si během léčby nějakou skupinu stejně nemocných lidí?

R5: „*Ne nevyhledávala.*“

T: „Dohledávala jste si informace o svém zdravotním stavu na internetu?“

R5: „*Já ne, ale dcera mi dohledávala.*“

T: „Vidíte změnu ve svém životě před a po onemocnění? Pokud ano, v čem nejvíce?“

R5: „*Vážím si zdraví, pokud můžu. Dále je pro mě důležitá rodina. Manžel ten mi zemřel, měl rakovinu ledvin, měl i metastázy v játrech.*“

Shrnutí:

U R5 byl kolorektální karcinom diagnostikován v roce 2004. K lékaři jí přivedly problémy s trávením. Vlivem nádoru, jí musela být provedena stomie. Původně měla mít stomii dočasnou, ale po roce jí bylo řečeno, že stomii bude mít trvalou. Na stomii si zvykla a naučila se s ní žít. Její potřeby se změnily, a to hlavně způsob stravování. Svůj život přehodnotila, nyní si váží zdraví a říká, že je to věc, kterou si za peníze nekoupí.

6 DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zaměřili na hodnoty a potřeby lidí s kolorektálním karcinomem. Jako hlavní cíl jsme si stanovili zjistit, zdali a jak se změnilы hodnoty a potřeby lidí po sdělení diagnózy kolorektální karcinom.

V rámci dílčího č. 1 jsme zjišťovali jaké hodnoty a potřeby měli pacienti před onemocněním. K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 13, 14. Všichni respondenti uvedli, že jejich největší hodnotou byla rodina. Starali se o její celkové zabezpečení. Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

V rámci dílčího cíle č. 2 jsme zjišťovali, zdali a jak se změnilы potřeby osob v souvislosti s onemocněním. K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 4, 5, 15, 18. Čtyři z pěti respondentů uvedli, že jejich potřeby se vlivem onemocnění změnilы, a to především potřeby v oblasti výživy a vyprazdňování. R4 uvedl, že díky neustálým problémům se stomií se bojí jezdit veřejnými dopravními prostředky. Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

V rámci dílčího cíle č. 3 jsme zjišťovali, jestli ovlivnilo onemocnění osobní a rodinný život nemocných, a pokud ano, tak jak. K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 10, 11, 12, 17. R4 uvádí, že mu onemocnění zcela ovlivnilo osobní a rodinný život, protože manželka se o něj stará a pečuje o stomii. R3 uvedla, že ji onemocnění ovlivnilo osobní život, když jde např. do města, musí užít Imodium a nesmí moc jíst. Dílčí cíl č. 3 byl splněn.

V rámci dílčího cíle č. 4 jsme porovnávali hodnoty a potřeby lidí před onemocněním a po sdělení diagnózy. Tři z pěti respondentů přehodnotili svůj život, více si začali vážit života a zdraví. Potřeby se vlivem onemocnění změnilы u čtyř z pěti respondentů. Dílčí cíl č. 4 byl splněn.

V neposlední řadě bychom chtěli srovnat práce podobného zaměření. Tematicky nejbliže této práci shledáváme bakalářskou práci Martiny Chovanové z roku 2015. Chovanová publikovala bakalářskou práci na téma Potřeby onkologicky nemocných pacientů v ambulantní péči. Autorka si stanovila celkem 2 cíle. Nejbliže této práci byl cíl „Zjistit, jaké možnosti mají pacienti k uspokojení svých potřeb.“ K dosažení stanovených cílů a získání potřebných dat použila autorka ve svém kvalitativním výzkumu technikou rozhovoru s celkem 8 onkologicky nemocnými pacienty. Zjistila, že vlivem nádorového onemocnění se 7 respondentům změnilы jejich potřeby a 1 respondentovi se potřeby změnilы částečně (Chovanová, 2015, s. 29-52). Teoretická část její bakalářské práce je taktéž zaměřena na potřeby nemocného jedince. Obdobně, jak je tomu v této práci, vyzdvihla i Martina

Chovanová ve své práci Abrahama Harolda Maslowa a jeho klasifikaci potřeb (Chovanová, 2015, s. 11, 14-16). V této oblasti jsme se s autorkou shodovali.

Dále bychom chtěli do naší diskuze začlenit odborný článek, jehož autory jsou PhDr. Helena Novotná a doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc. Článek je zaměřen na spirituální potřeby a jejich diagnostiku v nemoci. Poukazuje na důležitost pozorování a empatického nahlížení na člověka při vyhledávání spirituálních potřeb. Zdravotničtí pracovníci i rodina se bojí s nemocným hovořit o existenciálních otázkách. (Novotná, Kala, 2015, s. 23-25). R2 uvedla, že rodina, kterou měla převážně na Slovensku, s ní mluvila, jak se říká „v rukavičkách“. Naopak R3 uvedla, že rodina s ní komunikovala, tak jako kdyby vůbec nebyla nemocná a to jak sama říká, jí velmi pomohlo v celém procesu léčby. Otázky týkající se posuzování spirituálních potřeb nemocného např. „Změnila nemoc Vaše priority?“ nebo „Ovlivnila nemoc Vaše rodinné a jiné vztahy?“ (Novotná, Kala, 2015, s. 24). Shodli jsme se hlavně v tom, že je velmi důležité s nemocným hovořit o tématech běžného života.

Šamánková a kol. (s. 36, 2011) popisuje uspokojení a naplnění jednotlivých potřeb jedince v těžké a vážné nemoci. Vychází přitom z Maslowova trojúhelníku. V naší práci, jsme při tvorbě otázek také vycházeli z jeho hierarchie hodnot.

6.1 Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných výsledků z rozhovorů s účastníky výzkumu jsme si připravili několik nejdůležitějších bodů, jak správně přistupovat k onkologicky nemocným lidem. Tohle shrnutí, by mělo sloužit nejen sestřám, ale i studentům, kteří se s takto nemocnými lidmi setkávají nejen ve zdravotnických zařízeních, ale i v běžném životě.

- 1) Individuální přístup k lidem
- 2) Důležitost podpory rodiny a přátel

- 3) Brát ohled na hodnoty a potřeby člověka
- 4) Možnost návštěvy nemocničního kaplana
- 5) Dodržování intimity při hygieně
- 6) Vlídne a klidné zacházení
- 7) Mít dostatek času na nemocného
- 8) Umět s nemocným komunikovat o věcech každodenního života
- 9) Navodit nemocnému pocit jistoty a bezpečí
- 10) Chovat se k člověku s úctou

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali hodnotami a potřebami lidí s kolorektálním karcinomem. Práce se skládá z části teoretické a části praktické.

Teoretická část práce byla rozdělena do tří kapitol. V první kapitole jsme se zabývali příčinami vzniku, diagnostikou, možnostmi léčby a prevencí kolorektálního karcinomu. V druhé kapitole jsme se zabývali problematikou hodnot a potřeb člověka. Ve třetí kapitole jsme definovali, jakou roli hraje setra při uspokojování potřeb pacienta.

Praktická část byla provedena formou polostrukturovaného rozhovoru s lidmi, kterým byl zjištěn kolorektální karcinom. Obsah dané části tvořil upravený přepis rozhovorů s celkem pěti respondenty, kterým bylo onemocnění diagnostikováno více než před rokem. Respondenti, odpovídali na předem připravené otázky a měli možnost se vyjádřit, zda se vlivem jejich hodnoty a potřeby změnily nebo ne. Před každým rozhovorem byla uvedena charakteristika respondenta a na jeho konci krátké shrnutí.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, zdali a jak se změnily hodnoty a potřeby lidí po sdělení diagnózy kolorektální karcinom. Součástí tohoto cíle jsou i čtyři dílčí cíle, v rámci kterých jsme zjišťovali hodnoty a potřeby lidí před onemocněním, změnu potřeb vlivem onemocnění, ovlivnění osobního a rodinného života onemocněním a také srovnání hodnot a potřeb lidí před a po sdělení diagnózy. Hlavní cíl a nastavené dílčí cíle byly splněny. Všichni oslovení se shodli na tom, že rodina a zdraví jsou jejich nejvyšší hodnoty.

V závěru práce bylo zjištěno, že vlivem onemocnění se čtyřem z pěti tázaných respondentů změnily jejich potřeby. Hodnoty se vlivem onemocnění změnily třem z pěti tázaných respondentů. Onemocnění ovlivnilo osobní život dvěma z pěti dotazovaných respondentů. Rodinný život onemocnění ovlivnilo také dvěma z pěti tázaných respondentů.

Tato bakalářská práce může v klinické praxi sloužit všeobecným sestřám, které přicházejí do styku s pacienty trpícími kolorektálním karcinomem, zejména tedy na odděleních onkologických a chirurgických. Zejména s pacienty vhodně komunikovat, vést např. podpůrný rozhovor. Abychom mohli s pacientem vhodně komunikovat, musíme mít i dobré pozorovací schopnosti. Šířením práce mezi zdravotníky tak můžeme dosáhnout profesionálnějšího přístupu k pacientům nebo například zkvalitnění poskytované péče. Také nemocným nabídnout službu kaplana, jehož úkolem poskytnout prostor pro vyjádření vnitřních emocí, poskytnutí určité naděje a udržení kvality života. (Novotná, Kala, 2015, s. 25)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAŠTECKÁ, Bohumil, Jan MACH a kol., 2015. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 742 s. ISBN 978-80-262-0617-0.

BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 304. ISBN 978-80-247-3130-8.

ĆWIERTKA, Karel, 2008. *Přehled nechirurgické léčby kolorektálního karcinomu*. SOLEN: Onkologie [online]. 2(1), 17-22 [cit. 2018-01-01]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/01/04.pdf>

ČIHÁK, Radomír a Miloš GRIM, 2013. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.

ČOK, Milan, 2015. Hospicová péče: Hospice v ČR. *Osobní asistence* [online]. Praha 10 [cit. 2018-12-04]. Dostupné z: <http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=7>

DOSTÁLOVÁ, Olga, 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada, 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.

GULÁŠOVÁ, Ivica, 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 99 s. ISBN 978-80-8063-305-9.

GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-802-4736-259.

HANDLOVÁ, Jana, 2016. Radim: Časopis stomiků. *Radim: Časopis stomiků*. Praha 1: ConvaTec Česká republika, 2016 (2), 50.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed., 2015. *NANDA international: Ošetrovatelské diagnózy definice & klasifikace*. Přeložil Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada, 2015-2017(10), 439 s.. ISBN 978-80-247-5412-3.

CHOVANOVÁ, Martina, 2015. *Potřeby onkologicky nemocných pacientů v ambulantní péči*. České Budějovice. Bakalářská. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Dita Nováková, Ph.D.

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví: Jak získat specializovanou způsobilost [online], 2008. Praha [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/nelekarsti-zdravotnictvi-pracovnici/ziskavani-specializace/jak-ziskat-specializovanou-zpusobilost>

KALA, Zdeněk et al., 2017. *Moderní trendy v chirurgii kolorektálního karcinomu aneb co by měl onkolog vědět o práci chirurga*. SOLEN: Onkologie [online]. 11(2), 54-60 [cit. 2018-01-01]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2017/02/02.pdf>

KRÁTKÁ, Anna, 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7454-764-5.

KRŠKA, Zdeněk, David HOSKOVEC a Luboš PETRUŽELKA a kolektiv, 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada, 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 1992. *Hovory s umírajícími*. Přeložil Bohumil DVOŘÁČEK, ilustroval Eva BUREŠOVÁ. Nové Město nad Metují: Signum unitatis. ISBN 80-85439-04-2.

LIPSKÁ, Ludmila a Vladimír VISOKAI, 2009. *Recidiva kolorektálního karcinomu: komplexní přístup z pohledu chirurga*. Praha: Grada, 456 s. ISBN 978-80-247-3026-4.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELIŠKOVÁ, 2015. *Přehled anatomie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-206-0.

NOVÁK, Jiří. *TNM klasifikace zhoubných novotvarů*. 7. vyd. (2009), česká verze 2011. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011. ISBN 978-80-904259-6-5.

NOVOTNÁ, Helena a Miroslav KALA, 2015. *Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci*. SOLEN: Paliativna medicína a léčba bolesti [online]. 8(1), 23-25 [cit. 2018-02-13]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/76b39b329f5e54b3d9a7bd00d4f62d74.pdf>

PENKA, Igor a Zdeněk KALA, 2008. *Chirurgická léčba kolorektálního karcinomu*. SOLEN: Onkologie [online]. 2(1), 12-16 [cit. 2018-01-01]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/01/03.pdf>

ROKYTA, Richard a Klára BERNÁŠKOVÁ, 2016. *Fyziologie*. Třetí, přepracované vydání Praha: Galén, 434 s. ISBN 978-80-7492-238-1.

SBÍRKA ZÁKONŮ: Česká republika: Změna zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, 2017. In: *Zákony pro lidi: MZČR, ročník 2017, číslo 201*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>

SBÍRKA ZÁKONŮ: Česká Republika. In: 391/2017. mvčr, 2017, ročník 2017, částka 137, s. 4360-4375. Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlasaka-c391/2017-sb-kterou-se-meni-vyhlasaka-c55/2011-sb-o-cinnostech-z_14541_2439_11.html

SCHNEIDEROVÁ, Michaela a Vladimír BENCKO, 2015. *Kolorektální karcinom – současný pohled na rizikové a protektivní faktory, možnosti prevence*. SOLEN: Onkologie [online]. 9(4), 178-182 [cit. 2018-01-01]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2015/04/06.pdf>

SUCHÁNEK, Štěpán et al., 2011. *Epidemiologie, etiologie, screening a diagnostika kolorektálního karcinomu, včetně diagnosticko-terapeutických zákroků na tlustém střevě*. SOLEN: Onkologie [online]. 5(5), 261-266 [cit. 2017-12-05]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2011/05/05.pdf>

SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 9788024741079.

SVOBODA, Martin, 2007a. *Citáty slavných osobností: Hérakleitos citáty*. Citáty. net- internetová sbírka citátů [online]. [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: <https://citaty.net/autori/herakleitos/>

SVOBODA, Martin, 2007b. *Citáty slavných osobností: Anton Pavlovič Čechov*. Cita. net- internetová sbírka citátů [online]. [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: <https://citaty.net/autori/anton-pavlovic-cechov/>

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kolektiv, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrova-telském procesu*. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠIMÁK, Martin a Marie RYŠKOVÁ, 2014. Mobilní HOSPIC. *Strom života* [online]. Nový Jičín [cit. 2019-01-18]. Dostupné z: <http://www.zivotastrom.cz/mobilni-hospic/>

TONEV, Anton et al., 2014. *Colorectal cancer surgery, diagnostics and treatment: Laparoscopy in the Management of Colorectal Cancer* [online]. InTech [cit. 2018-05-11]. Jim Khan. ISBN 978-953-51-1231-0. Dostupné z: <https://www.intechopen.com/books/colorectal-cancer-surgery-diagnostics-and-treatment/laparoscopy-in-the-management-of-colorectal-cancer>

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ, Hilda VORLÍČKOVÁ a kolektiv, 2012. *Klinická onkologie pro sestry*, 2. přepr. dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3742-3.

ZACHAROVÁ, Eva, 2011. *Psychosociální aspekty při ošetrování onkologického pacienta*. Setra [online]. [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/psychosocialni-aspekty-pri-osetrovani-onkologickeho-pacienta-459784>

ZAVORAL, Miroslav, Tomáš GREGA a Štěpán SUCHÁNEK, 2016. *Komplikace léčby kolorektálního karcinomu*. SOLEN: Onkologie [online]. 10(1), 41-47 [cit. 2018-01-01]. Dostupné z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2016/01/10.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

a kol.	a kolektiv
APC	adenomatosis polyposis coli
CpG	Cytosin-fosfát-Guanin
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
et al.	et alii
FAP	familiární adenomatózní polypóza
FIT	faecal immunochemical test
gTOKS	guajakový test na okultní krvácení do stolice
HNNPCC	hereditární nepolypózní kolorektální karcinom
IgA	imunoglobulin typu A
kPa	kilopascal
m.	musculus
MR	magnetická rezonance
MYH	mutY human homolog
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
např.	například
s.	strana
Sb.	sbírka
§	paragraf
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze
NCO NZ	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů

SEZNAM PŘÍLOH

- PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORŮM S RESPONDENTY
- PŘÍLOHA P II: DOSLOVNÉ PŘEPISY ROZHOVORŮ S RESPONDENTY
- PŘÍLOHA P III: VYHLÁŠKA Č. 391/2017 SB.
- PŘÍLOHA P IV: HOSPICE V ČR
- PŘÍLOHA P V: RADIM, ČASOPIS STOMIKŮ

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORŮM S RESPONDENTY

Kolik je Vám let?

Kdy Vám zjištěna diagnóza kolorektální karcinom (rakovina tlustého střeva a nebo koneč-
níku)?

Jak dlouho se léčíte s tímto onemocněním?

Co Vás přivedlo k lékaři? (preventivní zdravotní prohlídka nebo jestli byly potíže např.
poruchy vyprazdňování, bolesti, krev ve stolici...)

Pokud byly problémy, jaké a jak dlouho? Svěřil/a jste se s nimi před návštěvou lékaře ně-
komu (komu)?

Co Vás napadlo, když jste se dozvěděl/a diagnózu?

Sdělil/a jste diagnózu své rodině, přátelům hned, co jste se to dozvěděl/a nebo jste ji nejpr-
ve tajil/a a řekl /a až později? Jak rodina reagovala?

Kdo Vás nejvíce během onemocnění podporoval?

Ovlivnil někdo nebo něco vnímání Vaši nemoci? Co Vám pomáhalo situaci zvládnout?

Jak se změnil Vás život v souvislosti s onemocněním?

Změnily se nějak vztahy s rodinou, pokud o onemocnění věděla?

Jak na Vaše onemocnění reagovalo okolí, pokud o situaci vědělo?

Jaké byly Vaše hodnoty (potřeby) před onemocněním? Co pro Vás bylo nejdůležitější?

Jaké jste měl/a koníčky, záliby, jak jste trávil/a volný čas?

Musel/a jste vlivem onemocnění vzdát některých svých koníčků/zálib? Pokud ano, našel/a
jste si jiné koníčky/ záliby a jaké?

Jaké je Vaše zaměstnání?

Ovlivnilo Vaše onemocnění Váš osobní život? V čem?

Změnil se Váš žebříček hodnot nebo potřeby v souvislosti s onemocněním? Změnil/a jste
nějak své návyky?

Co Vás motivovalo/motivuje k uzdravení?

Jak byste charakterizoval/a přístup zdravotnického personálu k Vám?

Poučily Vás sestry o tom, jak máte o sebe pečovat a co by bylo vhodné upravit/změnit?

Když jste se na ně obrátil/a, jak reagovaly?

Vyhledal/a jste si během léčby nějakou skupinu stejně nemocných lidí?

Dohledával/a jste si informace o svém zdravotním stavu na internetu?

Vidíte změnu ve svém životě před a po onemocnění? Pokud ano, v čem nejvíce?

PŘÍLOHA P II: DOSLOVNÉ PŘEPISY ROZHovorŮ S RESPONDENTY

Rozhovor s paní J. K.

Paní J. K. je dále uváděna pod zkratkou R1. Je to 74 letá žena, kolorektální karcinom jí byl diagnostikován v roce 2002. Nyní je ve starobním důchodu, ale před tím pracovala jako sekretářka předsedy na okrese. Spolu se známe, jelikož bydlela ve stejné vesnici. Vlivem nádoru jí byla založena trvalá kolostomie, se kterou se, bez jakýkoliv problémů, dokázala naučit žít.

T:Kolik je vám let

R1: „*Je mi 74 let*“

T:Kdy Vám byla zjištěna rakovina tlustého střeva nebo konečníku?

R1: „*Rakovina tlustého střeva mi byla diagnostikována v dubnu v roce 2002, letos už to bude 16 let*“.

T:Co Vás přivedlo k lékaři? Měla jste nějaké problémy např. krvácení nebo jste byla na preventivní prohlídce?

R1: „*K lékaři mě přivedlo velmi silné krvácení, předtím jsem žádné problémy neměla. Tak jsem napustila si vanu se studenou vodou a sedla jsem si do ní a téměř to přestalo.*“

T:Jak dlouho trvalo to krvácení a svěřila jste se s tím problémem někomu?

R1: „*Krvavý průjem trval celou noc. Ráno jsem šla do práce a na naléhání kolegyně jsem navštívila lékaře. Nejprve jsem navštívila paní doktorku K., kde mi udělali kolonoskopii, zjistily problém a už to bylo.*“

T:Co Vás napadlo, když jste se dozvěděla diagnózu?

R1: „*Vůbec jsem se nehroutila, brala jsem to tak, jak to je.*“

T:Sdělila jste diagnózu své rodině, přátelům hned, co jste se to dozvěděla nebo jste ji nejprve tajila a řekla až později?

R1: „*Svou diagnózu jsem řekla dětem, můj nejmladší syn tenkrát studoval medicínu a manželovi. Mamince jsem neříkala nic, bylo jí 94 let a já jsem se o ni starala. Život šel dál. Tenkrát jsem dělala sekretářku předsedovi na okrese, on mě dostal do Brna na Žlutý kopec na Masarykův onkologický ústav, kde jsem byla zařazena do výzkumného programu.*“

T: Kdo Vás nejvíce během onemocnění podporoval?

R1: „*Nikdo mě nepodporoval, snažila jsem se bojovat sama, starala jsem se o maminku, syn studoval medicínu a já jsem si nepřipouštěla, že by to nedopadlo dobře.*“

T: Změnily se nějak vztahy s rodinou?

R1: „*Nezměnili se vztahy s rodinou, o babičku jsem se starala nadále.*“

T: Ovlivnil někdo nebo něco vnímání Vaši nemoci? Co Vám pomáhalo situaci zvládnout?

R1: „*Situaci mi pomáhala zvládnout chuť do života.*“

T: Jak se změnil Vás život v souvislosti s onemocněním?

R: „*Nijak se nezměnil, já jsem to brala tak, jak to je.*“

T: A jak jste se smířila s tím, že máte stomii?

R1: „*Stomii jsem brala jako skutečnost, málo komu říkám, že mám stomii, ani s nejbližšími přítelkyněmi se o tom nebavím.*“

T: Jak na Vaše onemocnění reagovalo okolí, pokud o situaci vědělo?

R1: „*Já jsem o svém onemocnění nikomu nevykládala.*“

T: Jaké byly Vaše hodnoty a potřeby před onemocněním? Co pro Vás bylo nejdůležitější?

R1: „*Nejdůležitější pro mě bylo, aby syn dostudoval a abych doopatrovala babičku.*“

T: Jaké jste měla koníčky, záliby, jak jste trávila volný čas?

R1: „*Hodně jsem četla, chodila na procházky, setkávala se s kamarády a vlivem onemocnění jsem se nemusela vzdát svých koníčků, provozovala jsem je i nadále. Nyní jsem v důchodě, ale před tím jsem pracovala jako sekretářka předsedy na okrese.*“

T: Ovlivnilo Vaše onemocnění Váš osobní život?

R1: „*Onemocnění neovlivnilo můj osobní život, snažila jsem se žít jako předtím.*“

T:Co Vás motivovalo k uzdravení?

R1: „*K uzdravení mě motivovala chuť do života.*“

T:Jak byste charakterizovala přístup zdravotnického personálu k Vám?

R1: „*Velmi dobře, jsou to profesionálové, do teďka do Brna jezdím na kontroly.*“

T:Poučily Vás sestry o tom, jak máte o sebe pečovat a co by bylo vhodné upravit nebo změnit?

R1: „*Poučili mě sestřičky, nestěžuji si, v tomto směru jsou to profesionálové.*“

T:Vyhledala jste si během léčby nějakou skupinu stejně nemocných lidí?

R1: „*Jsem členkou klubů stomiků v Brně. Ze začátku jsem nechtěla do klubu, až po dvou letech od jedné paní, jsem se dozvěděla o klubu a teď jsem přes 10 členkou ve výboru.*“

T:Dohledával/a jste si informace o svém zdravotním stavu na internetu?

R1: „*Nedohledávala jsem informace na internetu. Poslouchala jsem lékaře.*“

T:Vidíte změnu ve svém životě před a po onemocnění?

R1: „*Jsem již 10 let v klubu stomiků v Brně, pořádáme různé akce a často se scházíme. Při setkání v klubu se nebavíme o onemocnění, ale o běžných věcech v životě. Snažím se věnovat své rodině, navštěvuji svoje syny a vnoučata.*“

T:Rozrůstá se Váš klub o nové členy?

R1: „*Moc ne, jsme tam pořád jenom ta samá parta. Spíše jenom my starší. Mladí buď nechtějí, nebo nemají čas, protože mají práci.*“

T:Změnil se Váš žebříček hodnot nebo potřeby v souvislosti s onemocněním?

R1: „*Můj žebříček hodnot se nezměnil i před onemocněním byla pro mě důležitá rodina a práce. V lednu 2003 jsem nastoupila opět do práce, v červnu jsem musela odejít do důchodu, protože okresy už skončili „ne že bych do důchodu chtěla.“*“

Rozhovor s paní A. K.

Paní A. K., dále uváděna pod zkratkou R2. Je to 70 letá žena, které byl kolorektální karcinom diagnostikován v roce 2007. Nyní je ve starobním důchodu, bydlí v rodinném domku se svým manželem se psem, předtím pracovala jako dělnice.

T:Kolik je Vám let

R2:., *No jednoduché teď 23. března mi bylo 70 let.* “

T:Kdy Vám zjištěna diagnóza rakovina tlustého střeva?

R2:., *19. 6. roku 2007 mě poslala paní doktorka na kolonoskopii v Kroměříži.* “

T:Takže už se s tím léčíte 11 let, že?

R2:., *No tak lečím, ano, ono to zůstane onkologicky nemocný pacient nadosmrti. Takže léčím, ale neberu na to žádné, na to už potom není nic, žádný lék ani no.* “

T:Co Vás přivedlo k lékaři? Preventivní prohlídka nebo jste měla nějaké problémy?

R2:., *Ne jednoduché to u mě bylo, jednoduché, mě nebylo nic a nejprve jsem se s paní doktorkou, že mě tam zdravou posílá.* “

T:Na preventivní prohlídku?

R2:., *Ne na preventivní prohlídku, já jsem měla krvácení stolice do záchodu, tam bylo velké množství krve. Tak a ještě jsem to zatloukala 14 dní nebo 3 týdny a šla jsem si vzít k paní doktorce, měla jsem na vysoký krevní tlak léky, oni mě došly a možná nebyť té otázky „**Všechno v pořádku, nemáte jiné problémy?**“, já jsem se zasekla, povědět to, nepovědět to, ale více méně jsem měla strach to třeba povědět, nebo asi já nevím jakou dobu dopředu, na rakovinu tlustého střeva mi zemřel bratr ve věku 42 roků, tak to bylo jakési, že se bojím a je třeba s tím něco dělat, že se tomu vlastně nevyhnu.* “

T:Co Vás napadlo, když jste se dozvěděla diagnózu?

R2:., *Aáá, to je když, udělají Vám vyšetření kolonoskopii, nevíte vůbec nic. Za 14 dní jdete pro výsledek, manžel mě dovezl autem, samozřejmě mě doprovázel, aji když jdete na kolonoskopii, musíte mít doprovod, protože jste pod vyprazdňovacíma těma a jste taková, takže byl manžel se mnou, když mi to pověděla paní doktorka. Věděla jsem to už při otevření dveří, že vlastně, protože vidíte paní doktorku aji sestřičku, ten pohled doktorky i sestřičky*

*Vám poví všechno, tak jak i pohled pacienta. Ale já zase na základě toho, že jsem měla před sebou toho bratra a my jsme to přežili celý ten proces léčby a nebo neléčby, on se neléčil na to, až když šel k doktorovi, už nebylo co léčit ani operovat, už to měl všechno rozlezlé na plicích a tam už mu to, tak takže, když jsem pro výsledek, tak jsem byla, ale furt jsem si říkala, že to já nemusím být, no a když to vyšlo, to jak dneska slyším paní doktorku, ona tam má postel, „**paní K. sedněte si tak na tu**“, jsem se opřela „ticho“ a potom „**no nepotěším Vás je to agresivní druh rakoviny a je třeba podstoupit operaci**“, no a zůstali jsem ticho, to ještě já tam soustředěna pořád, že ještě to aji nemusí to tak a potom za dva dny, tři dny a nevnímáte nic okolo, vůbec to všechno okolo je vám nic a pořád.“*

T:A když jste se dozvěděla diagnózu, sdělila jste ji rodině potom?

R2: „*Já má štěstí nebo aji výhodu, celá rodina moja je toto tu (ukazuje na spícího psa) a manžel.*“

T:Pejsek a manžel, byli Vaši nejlepší oporou?

R2: „*Na Slovensku, takže ještě jsem se zdržela nějakých pár dní, že ještě jsem si to nechala pro sebe, no a už potom bylo do telefonu. Když máte cokoliv povědět a komunikovat, tak vlastně není ani co. Oni se báli mě cokoliv povědět a já jim, nebo když povíte výraz „**mám rakovinu a je zhoubného charakteru**“, tak povíte tím všechno aji těm co se jenom naučí abecedu, protože rakovina je dneska v tom stádiu jak cukrovka.*“

T:Ano, máte pravdu, lidí trpících rakovinou stále přibývá.

R2: „*Takže tito lidé, už jsme dneska sečetli jaký je to strašák a ještě byl, dneska už se ví mnoho, už mají mnoho procent úspěšnosti doktoři, pacienti a už už to, že nás vědí osvobodit od nějakého a přežíváme delší dobu, takže na jednu stranu Vás udržuje při životě a nebo při dalším životě to proč bych já se nemohla z toho vyškrábat. Ale rodina a jakoby to tu nablízko, na jednu stranu je to výhoda, ale potom zas no vy tvrdíte doktoři aji veškeré okolí, když posloucháte „když Vás podpoří rodina, tak víc než poloviční úspěch“. V mém případě to nebylo, nebo to bylo daleko, přes telefon, řešit toto, tak to jsem neměla v povaze, to se ani tak nedá povědět.*“

T:A co Vám pomáhalo tu situaci zvládnout? Jak jste tu nemoc vnímala?

R2: „*No tak vidíte to, já jsem nad tímto přemýšlela vlastně až teď, když jsem tu. Já si myslím, že jsme lidé, kteří mají rádi život a kteří ho rádi nemají. Tu nás to dostává do situace,*

kdy řešíte žít a nežít a proč. No a já jsem to měla jednoduché, mám ráda život, toto ty kopce, toto tu (ukazuje z okna Hostýn a přírodu o kolem) A to Vás žene, tam je strašný relax, všechno to co máte plnou hlavu, těchto, tam to všechno necháte na těch kopcích, v té přírodě a Vám říkám toto tu. Vždy říkám, že jdu se psem ven, ale on chodí se mnou, ne já s ním, to je jako, ale nevím toto je odpověď, no já nevím.“

T:A změnil se Váš život v souvislosti s onemocněním?

R2:„Vlastně nějaký bouřlivý život nebo život jako takový v nějakých velkých výkyvách, já jsem nikdy nevedla. Měla jsem více méně vyrovnaný život, ještě navíc možnost je tu rodinní zázemí a v tedy ta doba, kterou jsem já žila a vlastně než jsem dospěla do věku 59 roků než se mi to přihodilo, nebyla doba tak divoká jak poznáme dneska u dvacet ve vašem věku, nebylo tolik takových možností a vlastně pocházím z rodiny, a nebo ze sourozenců kdy nás bylo 9, hladní jsme nebyli aji pooblékání, ale na další nějaké velké v rodině peníze nebyly, takže my jsme si musely víceméně ten život jak jsme vyrůstaly postarat se každý sám o sebe, to znamená, neexistovalo a v tu době vlastně nebylo povoleno, že nezaměstnanost. No a když chodíte do práce a je třeba vydělat koruny je o váš život postarané.“

T:A vztahy s rodinou se vlivem onemocnění nějak změnilly?

R2:„No změnilly se, vidíte to zase, u manžela to jsem nepoznala, protože jsem jaksi v rovnováze, on má problémy se svojí diagnózou, už tehdy byl kardiak- 280 tlak krve. A už kdy do Brna, tak paní doktorka než mi, že půjdu na operaci do Brna, to bylo asi štěstí, že to bylo Brno, nebo do Kroměříže mě nechtěla pustit na operaci, s tím že nejsou tak jak přístroje, tak odborníci jak je Brno, nevím proč mi to ona navrhla, mě to nikdy nebylo napařeno, já nejsem tak sečtělá v tom vašem zdravotnictví a výběr já jsem si myslela, to bylo po starém, když je Chvalčov okres Kroměříž, tak půjdu na Kroměříž. Ona povídá „ne ne ne, tam nemám dobrou zkušenost s operacemi břicha, tak do Brna ale či Vás bude, kdo do toho Brna vozit“ to jsem ještě stále, no proč by, tak on jsme s telekomu zaměstnanci, do Brna chodíval prakticky každý týden, on Brno zná a já, když jsem šla tam, jsem si myslela, že mě odoperují a já s Brnem skončím a budu teda doma a chodit na kontroly. No a co mi, tam byla otázka změnit. No cítíte, znovu se vrátím na to Slovensko, tam mám ty sourozence, to je rozvětvená rodina, tak při těch telefonátech, tak obezřetnější jednání a tak jaksi „Máš si dávat na sebe pozor.“ Co to je? Máš si na sebe dávat pozor! Já jsem neudělala nic, že bych si nedala pozor. No, já nebýt toho krvácení já jsem byla zdravá. Tak ještě teda ta náklonost, tím že tak jednáji s Váma, povězme to tak, že v rukavicách, tak tolerantněji, tak

soucitněji, to je projev náklonosti, že jsme spolu, takže ty sourozence, hlavně mám tam dvě sestry, jako baby.“

T: Jaké byly Vaše hodnoty a potřeby před onemocněním? Co pro Vás bylo nejdůležitější?

R2: „*V prvé řadě rodina je pro mě, hodnota je byl pro mě výsledek v práci, dělala jsem na Slovensku, než jsem odešla, mám střední ekonomickou školu, dělala jsem u spojů 27 roků, byl to životní trend, když Vám peníze něco umožní, na Slovensku jsem byla svobodná, našetřila jsem si peníze na dovolenou. Byla jsem rodinný typ, pomáhala jsem doma. Měla jsem možnost vystudovat vysokou školu, ale skončila bych v Bratislavě, ale tam jsem nechtěla, nepotřebovala jsem peníze vysokoškolské. Chtěla jsem poznat svět, zeměpis to bylo moje.“*

T: Jaké jste měla koníčky, záliby, jak jste trávila volný čas?

R2: „*Šťěstí, příroda Vám dá zručnost, zvědavost, vyšívání, vyšívala už moje maminka, teď v důchodě jsem začala vyšívat (ukazuje mi obrazy, které sama vyšila). v TON jsem balila židle. Jinak mé koníčky byli drobné práce kolem domu, rodinný, domek, zahrada. Snažila jsem si, co šlo udělat sama (ukazuje mi, co všechno doma dělá např. malování). Když jsme byli s manželem zamilovaní, manžel mi koupil na Vánoce kufřík s náradím, mám ho dodnes.“*

T: Musela jste vlivem onemocnění vzdát některých svých koníčků nebo zálib?

R2: „*Nemusela jsem se vzdát koníčků, nepolevovala jsem, nelitovala jsem se nikdy, jsem Beran.“*

T: Změnil se Váš žebříček hodnot nebo potřeby v souvislosti s onemocněním? Změnila jste nějak své návyky?

R2: „*Nebylo co hodnotit, vím, že jsem neudělala špatnou věc, co bych musela radikálně změnit.“*

T: Ovlivnilo onemocnění Váš osobní život

R2: „*Jak je pověstný tunel, já jsem šla za tunelem, byl to příjemný pohled a cesta, teď už mám z toho hrůzu. 2. 8. 2007 byla první operace, 8. 8. byla druhá operace defektu močového měchýře. Dnes už nevím, jak jsem to všechno vydržela, hodně odborných článků jsem přečetla, dřív bych, ale umřela na vyhladovění. Celý srpen jsem strávila na Žlutém kopci.*

Já jsem tam potom zchudla z 63 na 50 kilo. Poslední dávku, už ten poslední měsíc chemoterapie, kdy byl, tak bylo, bylo období, že vlastně, jednoduše kdesi do kouta padnete a nevíte, že jste zemřela, ani nevíte, že žijete, bylo období zlé, co mě postavilo na nohy, no ještě tak, kdy už o byl ten poslední měsíc, z Brna mě dovezli, on mě dovezl domů (ukazuje na manžela), protože tam musíte mít doprovod, oni Vás jinak nepustí z nemocnice domů, protože jak berete ty dávky chemoterapie, tak, jako byste létala nad zemí, to jste ve stavu, nevím jako, na řízení to není, to takový stav, kdy za sebe vůbec nezodpovídáte. Postavila mě na nohy, více méně kdy jsem to moje trávení, vývar, kuřecí vývar a zelenina kořenová a měla jsem ráda do toho mnoho a mnoho těstovin. To bylo dalšího půl roku, který více méně byla moje strava, já jsem nevěděla ještě potom, další půl roku léčby, moje trávení bylo nulové co do příjmu jiné, jiné. Ráno, když jsem si dala chleba, nevěděla jsem pít mléko ani kakao nebo jsem říkala z jakého důvodu čaj a když jsem si udělala chleba máslový a dala jsem jeden plátek šunky nebo jenom samotný chleba, tak záchod. To bylo dalšího půl roku, jedině co mi dobře vždy zabralo, byly zakysané věci (donesla mi ukázat, jaké pije zakysané mléko). Ani obyčejný rohlík Vám nejde, vy ho vyzvracíte, a když mi dali trochu másla na to. Zůstalo mi po operaci, že mléčné výrobky jako takové, nebyla jsem k nim extra, spíš uměla zkyslé mlíko vypít a nebo jinak věděla jsem, co jsou ty kostky natřít si na chleba a na místo másla ty sýry. Dneska ten sýr ani ho neovoňám, máslo mi zůstalo ještě, ale stejně způsobí průjem. takže mléčné výrobky mi úplně, úplně a to se mi změnilo po operaci na Žlutém kopci, že musím vysadit z trávení víceméně kysanou smetanu, a nebo to kyslé mléko. Co je zakysané to můžem, ale čistý, bez nějakých těch přísad. To mi zůstalo to můžem.“

T:Co Vás motivovalo nebo motivuje k uzdravení?

R2:„, Chut' do života, mám ráda život. “

T:Jak byste charakterizoval/a přístup zdravotnického personálu k Vám?

R2:„,Já osobně práci sester bych dělat nemohla, já bych to do puntíku přežívala s pacientem, nebýt doktorů a Vás, tak patřím do kategorie a nejsem tady. Veškerou práci snáší sestřičky po stránce fyzické i psychické. Byla tam zdravotní sestřička, které nešla napíchnout žíla, nechtěla jsem po tom, aby mi to píchala ona. Jaký je pacient, taková je sestra. Lékaře posoudit nevím. “

T:Vyhledala jste si během léčby nějakou skupinu stejně nemocných lidí?

R2: „Stranila jsem se, protože s vyprávění o různých problémech si myslíte, že je máte taky, přitom je nemáte. Na chemoterapii jsme si byli všichni rovné- spolupacientka mi řekla „z tebe vyzařuje kladná energie“, další po mě chtěla adresu, já jsem ju odbyla a teď mě to mrzí. Paní mě nutila do dialogu, smáli jsme se, vůbec to nevypadalo, že jsem onkologicky nemocné. Kamarádku jsem si odtud nepřivezla.“

T: Dohledával/a jste si informace o svém zdravotním stavu na internetu?

R2: „Snažila jsem se o to nezajímat, nechtěla jsem vědět co mi je, nemám čas sedět u počítače.“

T: Vidíte změnu ve svém životě před a po onemocnění? Pokud ano, v čem nejvíce?

R2: „Změna veliká, roky přibývají, ale nepřipouštím si je, zadýchávám se do kopce. Malé věci dokáží v životě hodně moc.“

Rozhovor s paní M. U.

Paní M. U., dále uváděna pod zkratkou R3. Je to 51 letá žena, které byl kolorektální karcinom diagnostikován v roce 2010. Žije v rodinném domě se svým manželem a dvěma syny, nyní je v invalidním důchodu, předtím pracovala jako prodavačka. Známe osobně, protože bydlí ve stejné vesnici jako já.

T:Kolik je Vám let?

R3:.,*Aaa 51 mi bude, ted' si mě zaskočila.*“

T:Kdy Vám zjištěna diagnóza kolorektální karcinom?

R3:.,*Před 10 lety, ne počkej 2010 před 8 lety, v dubnu před 8 rokama, přesně to nevím jako na den, ale vím, že to bylo v dubnu nějak.*“

T:Co Vás přivedlo k lékaři? Preventivní prohlídka nebo jste měla nějaké problémy?

R3:.,*No tak víš, měla jsem často nadýmání a užívala jsem ten Espumisan, no a jako mi to prostě nepomáhalo, tak mi to psal, pak jsem přešla k druhé paní doktorce, ta mi udělala veškeré vyšetření a poslala mě k doktorce K., tam jsem měla už krev ve stolici víš a zjistili, že se tam asi něco nachází, tak mě poslali na sono, pak mě poslali na chirurgii, z chirurgie mě poslali na gastro no a to pořád takový, a tak mi zjistili, že mám rakovinu konečníku.*“

T:Jak dlouho trvali ty problémy, s tím nadýmání?

R3:.,*Ty ja to ani nevím, dlouho, to jsem si ani ze začátku nevšíkala, jako víš, měla jsem to prostě pozvolna, pak se to stupňovalo, stupňovalo, to jako, prostě to. Ze začátku jsem to ani nepozorovala, ono to nějak to to, pak se to stupňovalo, že už to bole nesnesitelné. Ten poslední rok, už to bylo, asi tak už, ten poslední měsíc už jsem měla sem tam krev ve stolici. Tak mě konečně poslala paní doktorka, druhá teda. Takže první paní doktorku to nezajímalo. No to bych už byla dneska asi pod kytičkama (smích). Ted' to беру s humorem celé.*“

T:Co Vás napadlo, když jste se dozvěděla diagnózu?

R3:.,*Ty já jsem byla normálně tak v šoku, že mě ani nenapadlo. Mě první napadlo, tak co, tak mám rakovinu jo“.* *Vůbec jsem to nebrala nějak tragicky jo, já jsem prostě, no tak co tak mám rakovinu, tak jsem šla na to vyšetření, to jsem byla taková špatná, pak jsem šla, to nic nejde, šak půjdu na operaci, půjdu na ozařování a budu mět vývod. A vůbec mě nenapadlo, že jsem to vlastně vůbec nemusela přežít, vůbec. Jako já nevím jako až potom až až*

to všechno skončilo říkám „ty blbečku, tys mohla umřít“. Jako víš prostě, já jsem to brala prostě, tak to nejde, říkám a nemůžu odejít, mám tady ještě, L. byl tenkrát ještě malý, že, ty mě potřebuješ, musím prostě nějak, prostě já jsem to brala lehkovážně, jezdila jsem po tych vyšetřeních jo, protože jsem byla ospalá z toho ozařování. Ty ozářky trvaly do 28. září, takže já jsem to brala, osmadvacet dní už blbnu (smích) a jako bralo jsem to s klidem prostě všechno.“

T: Takže máte vývod?

R3: *„Ne, nemám vývod, ale nemám svěrač, tak s tím jsou taky problémy, musím nosit vložky. Když někde idu si musím vzít Imodium a ještě nic nejst pomalu jenom nějaký dietní stravy. To já už mám ohlídané, co mi už dělá zle. Ono to je nejhorší když se mi chce na záchod a jsem v cizím městě, tak to je jako opravdu nepříjemné, vždycky si říkám, ať už su doma.“*

T: Diagnózu rodině jste sdělila hned, jak jste se ji dozvěděla?

R3: *„No můj tatínek měl rakovinu slinných žláz, já jsem měla zase rakovinu konečníku, takže já jsem to hned řekla. Tak to já ani nevím, jak jsem k tomu přišla.“*

T: A jak rodina reagovala?

R3: *„Tož jako neutěšovali mě, jako že to bude dobrý to tak, bavili se mnou jako normálně, jak kdybych byla zdravá. Já jsem to taky tak brala a oni taky. A víš, že mi to pomohlo, že prostě, ale při té léčbě už to bylo poznat, že jsem taková unavená a po tych ozářkách. No a potom už jsem si nic nebrala, pak jsem chodila 2x do roka na rektoskopii, kolonoskopii. Vždycky mi dělali to, podruhé to. Ted' už chodím jednou za rok. Já jsem se i vyhýbala těm lidem, co se chtěli bavit na toto téma, no prostě a chtěli mě nějak, tak třeba švagrová říkala „ona je nemocná a pořád se směje“, to mi moc nepomohlo tak už jsem tam ani nechodila.“*

T: Takže jste se spíše vyhýbala kontaktům z okolí?

R3: *„Ne okolí, tam kdo mě podporoval, v tom, že to bude dobrý, tam jsem chodila nebo jsem se s něma bavila. Kdo chtěl už trochu toto, tak už jsem, víš jsem se jim vyhýbala, protože jsem nechtěla se o tom nějak bavit, víš jako takový, prostě jak kdybych to neměla. To bylo aji dobrý víš. No to byl takový frmol, že to šlo ráz na ráz, šla jsem na chirurgii, ti mě objednali na operaci, no a pak mi volali dom, já naštěstí já nemám mobil, neměli jsem lin-*

ku a L. číslo na chirurgii, ona náhodou byla v seznamu, byla tam taky U., moje dcera byla zrovna u nás. A volali ji jestli mě nezná a ona říká „jo to je moje mamka já jsem tady zrovna“ no tak mi ju dala. Tak jsem na druhý den jela znovu tam, za tím T., znovu na vyšetření a to už nevím jaké.“

T: Takže během onemocnění Vás nejvíce podporovala rodina že?

R3: „*No rodina, aji kamarádi jako známí, sousedi. No tak jako, prostě jsem nemohla být sama, pořád, jsem vyhledávala společnost, prostě s někým jsem se musela bavit a tak, nechtěla jsem být sama.“*

T: Kamarádi o Vašem onemocnění teda věděli?

R3: „*Jo věděli, třeba sousedka, ta byla tenkrát hodně doma ta mi pomohla. Kolikrát než jsem jela na ozařování, šla jsem za ňou, když jsem čekala na sanitku a nemohla jsem se jí dočkat, tak jsem šla na čaj. takže ta mi jako hodně pomohla. A rodina jako jo, jezdili za mnou aji do nemocnice Nejhorší bylo, když se čekalo na tu sanitku. To bylo takový otravný, kolikrát jsme čekali od 8 na sanitku a přijela třeba v 9 a čekali, jsem třeba do půldvanácté do dvanácti. Já jsem většinou jezdila vedle řidiča, protože tam byli nemohoucí a já jsem normálně chodila v pohodě.“*

„A mě nebavilo jezdit autobusem. To byla taková blbá doba, od jedné tam až brali to. Taky tam bylo lidí a potom tam kdesi čekat. Ještě jsem měla takové blbé myšlenky, já jsem potřebovala být ve společnosti lidí, co byli takový, co mě povzbuzovali, že to bude dobrý, ne ti, jak bych to řekla, co se k tomu klaněli horší.“

T: Ovlivnil někdo nebo něco vnímání Vaši nemoci? Vy jste to spíše vnímala pozitivně nebo snažila jste se to brát tak jak to je.

R3: „*Jo jako, no možná manžel my neřekl, já jsem si to ani. Manžel zakazoval doktorům, aby mi řekli, že je to zhoubný, ale přece, když ty jdeš na ozařování, tak to musím být nějaké. No tak možná toto, protože jakože. On jim zakázal, aby mi říkali, že zhoubná. Až potom po operaci, jsem se dočetla, že je zhoubná a pak mi to trklo. Možná tak on mi pomohl. Protože, jsem si říkala, no tak co budu mět vývod, tak se s tím budu muset prostě naučit. Naštěstí mi konečník zachránili, ale nezachránili mi svěrač. S tím vývodem, bych byla asi horší, ale teď už si pomůcky modernější. Tak já tu hygienu, totiž chodím na záchod, to su pořád ve sprše. Jako to je jedno, ale zase nemusím nosit sáčky, ale nosím vložky a vlhčené ubrousky.“*

R3: „A jak jsem říkala, já jsem s tím počítala. Tak mi řekli, než jsem šla na tu operaci, tak jsem vlastně ve čtvrtek jsem šla na tu operaci a od pondělka jsem se už vyprazdňovala. To mi dávali, jakýsi na vyprazdňování, já nevím, co to bylo, takový mlíka. No a pak ještě ve čtvrtek mi dávali klystýr. No a to já už jsem nemohla a pak jsem ještě týden nejedla. Byla jsem na JIPu no tak, tam to bylo, tam normálně všeci mluvili ze spaní, aji já myslím jako jo, že a přišla jsem tam asi poslední a první potřebovali tam dat někoho jiného, já jsem byla celkem na tom tak dobře. No a ještě dva dny, tři dny na pokoji. Pak mi řekli, že tam budu měsíc a já jsem musela dělat všechno proto, abych mohla jít dom, protože tady bych ještě víc onemocněla, no jako já nemám ráda špitály. Chodila, jsem, pak už jsem chodila i sama na vyšetření. Teď už to všechno беру se smíchem. Za to asi může ten manžel, protože já jsem si vsugerovala, že nemám zhoubnou rakovinu, prostě to vyoperujou, jenom to zmenší-jou a. mě nikdo neřekl, že je to zhoubný a já jsem to tak brala, já jsem si to ani nepřipustila, mě to ani nenapadlo. Možná to bylo dobrý, to byl takový šok, že já jsem si ani nepřipustila, že mám rakovinu, až jsem si to potom dočetla po operaci, prostě, jak už jsem byla z toho vyto. Pak už jsem měla jenom nějaké záněty, ale už žádná chemoterapie.“

T: Vy jste chodila na ozařování a na chemoterapii?

R3: „Ne ne, já jsem chodila na ozařování a před tou ozářkou jsem si vzala takový jeden prášek, já si ale nemůžu vzpomenout na to jméno.“

T: To vůbec nevádí.

R3: „No tak jako, prostě jsem nemohla být sama, pořád, jsem vyhledávala společnost, prostě s někým jsem se musela bavit a tak, nechtěla jsem být sama.“

T: Jaké jste měla koníčky, záliby, jak jste trávila volný čas?

R3: „Koníčky, záliby (zamýšlí se), no to bylo. Jak jsem byla na té chirurgii, tak jsem byla taková, že jsem nemohla, ani nic dělat. No a jak jsem se vyspala, tak už jsem byla taková čilejší.“

T: Ale jaké záliby a koníčky jste měla, než jste onemocněla?.

R3: „Koníčky, tak já jsem byla zaměstnaná v obchodě, tam jsem furt, doma vlastně, pak jsem měla zahrádku, o rodinu jsem se starala, pak takový čtení a tak normálně. Do cvičení jsem chodila, potom už jsem nemohla.“

T:A když jste onemocněla, tak jste musela vzdát jenom toho cvičení, že?

R3: „*Ano, ale zase jsem začala, ale teď jsem spadla na ruku, takže zase nechodím.*“

T:Ovlivnilo Vaše onemocnění Váš osobní život? V čem?

R3: „*No musela jsem se omezit, už si nedovolím gulášek, zeličko a takový (smích). No a dokonce z luštěnin čočku někdy a ta mě nadýmá, kedlubny mě třeba nadýmají, ředkvičky a taková zelenina jak se to jmenuje, mám to na jazyku, no teď si nevzpomenu. Akorát brokolica ta mě nenadýmá menší množství, když si to nějak nastrouhám, rajčata nemůžu, papriku nemůžu, to všechno mi dělá zle prostě, semínka, no hrozny si někdy dám, ale riskuju, to su pak jak balón. Ale někdy musím tu zeleninu a ovoce, tak si vesměs vybírám hlávky, ty listové. No a červenou čočku a hrách to nepřipadá v úvahu. Jogurty hodně jím, vajíčka můžu všechno jako. Akorát se musím, teď jsem zhodila, byla jsem dlouho, teď jsem začala cvičit, já jsem snad 6 let nemohla vůbec zhodit, já jsem se nemohla zohnout a oblíct. Pak se narodil Matýšek, ten má 4 roky, sem trochu zhodila a já jsem s ním začala blbnout a lozit potom, prostě po kolenách a tak. Jsme ho hlídávali, nebo když Lucka přijela. Mě to trvalo a pak jsem si našla jakýsi cviky na počítači a tak jsem si říkala, že mám břicho, a tak jsem začala cvičit, každý den 10 minut, 20 minut jak se mi chtělo, no a tak jsem zhubla, no a minulý rok to bylo, to jsem začala brat tak poctivě dvacetiminutovku a a teď jsem začala po Novém Roku chodit do cvičení, jsem tam chodila dva měsíce a stalo se to ta ruka a to jsem nabrala a neměla jsem chuť ani na sladké. Jak jsem spadla, ale říkám si musím to obnovit, nějak to břicho.*“

T:A přehodnotila jste nějak svůj život?

R 3: „*Jo určitě, tak nad tím jsem prostě, když jsem se třeba strachovala, že si bude někdo o mě něco říkat, že su taková nebo maková a teď je mi to jedno, je mi to všechno jedno ať si lidi říkají co chtěou. Prostě žiju a zbytek mě nezajímá. Jo prostě, kdo se chce být ať je a kdo nechce tak ať není. Víš jako tak takový, já to říkám tak svojema slovy.*“

T:Co Vás motivovalo se uzdravit?

R3: „*No ten malý ten syn, teď už je dvacetiletý (smích). No tenkrát měl (přemýšlí), jojo 12. Takže děcka a celkem rodina. Jako měla jsem aji nějaké povinnosti, ale já ti říkám, já jsem nějak ani nepřemýšlela nad tím, že jsem nějaká nemocná, já jsem jezdila na ozařování. Oni se semnou bavili normálně a já jsem to taky nějak to. Pak jsem byla z toho taková hodně utahaná. Jinak jsem to nebrala.*“

T: Jak byste charakterizovala přístup zdravotnického personálu k Vám?

R3: „*No tak můžu ti říct, že v Kroměříži jsem byla, doktoři perfektní teda, tam byl nějaký asistent N., zástupce primáře, on mi, ten byl velice příjemný aji ten primář. Tam jsem chodila aji na kontroly. No ale napřed jsem byla, jak jsem byla na tem Áčku, tak ti možu říct, že tam to bylo perfektní.*“

T: Poučily Vás sestry o tom, jak máte o sebe pečovat a co by bylo vhodné upravit nebo změnit?

R3: „*Jojo určitě, to jsem dostala vlastně hned na té onkologii, aji před tím ozařováním jsem měla dietu, skoro jak když před tou kolonoskopií. Spoustu věcí jsem nemohla, já už si to ani nějak nepamatuju, dokonce česnek jsem nemohla, ten mi dělá problémy dodneška, jako vařený mi vadí, ale ne tolik. Tak mi říkali, ať si vařím špenát bez česneku, tak si nevařím radši vůbec, to jako nezlob se na mě špenát bez česneku to nemá žádnou chuť, tak jsem řekla ten vynechám (smích). Pak jsem si koupila kafe, já jsem pila turka, dvakrát, třikrát denně, no a pak jsem chodila na to ozařování, já jsem to musela vynechat, po té operaci mi řekli ať piju kávu bez kofeinu. Tak jsem si ho koupila a jak jsem si koupila, tak letělo do koša, jenom jsem ho otevřela, to se nedalo pit, takže já jsem jako. Ted' piju rozpustnou kávu, protože turka nepiju.*“

T: Vyhledala jste si během léčby nějakou skupinu stejně nemocných lidí?

R3: „*Ne vůbec já jsem na to ani neměla čas, jako jsme jezdili na to ozařování tam byly třeba paní a ty už byly po operaci a neměly vlasy. Ani jsem to nevěděla, ta paní měla takovou pěknou paruku, to není ani poznat, ta paruka je ještě pěknější než když se jenom rychle. Tam jsme se tak všichni bavili, ale vůbec ne o rakovině, ale o normálních věcech. Akorát jednou po nás chtěli peníze na rakovinu, jak jsme jeli na ozařování a my jsme šli ze sanitky a já jsem třeba byla před operací, řekli jsem my už ju máme, a pak jak už jsem byla po operaci, pak už jsem dávala. Ted' už dávám, protože jsem si tím prošla, když si nemocná a někdo při před ozařováním řekne, tak ti to ani prostě nenapadne dat. Ty jedeš na ozařování a oni se tě ptajou ať přispěješ na rakovinu, když vylezeš ze sanitky, to je taky nápad (klepe si na hlavu). My jsme řekli, že už ju máme a vůbec jsme se nechtěli o rakovině bavit. A ted'kom, jak říkám dávám v pohodě, jsem to přežila, ale tenkrát jsem to brala všechno jinak. Já jsem to neřešila, až potom jak jsem si přečetla ty papíry z operace, jsem byla doma a četla jsem si to a teprve jsem se až dozvěděla, co jsem všechno měla.*“

T:Dohledávala jste si informace o svém zdravotním stavu na internetu?

R3: „*Ne vůbec, já jsem ani neměla počítač a já jsem ani nechtěla, já jsem nechtěla.*“

T:Vidíte změnu ve svém životě před a po onemocnění? Pokud ano, v čem nejvíce?

R3: „*No teď si celkem užívám, ale mám epilepsii, už se snažím jinak no to všechno brat. Spíš nemám strach o sebe, ale o druhé, sebe už prostě jsem tak... nebo když ten malý, narodil se s nemocnýma játrama, když jezdí na ty vyšetření, tak o toho mám strach. A zase je žlutý, teď má jet do Prahy. No každý rok jezdijou do Prahy, když byl menší jezdili častější. Já už věřím, že se dokážu vyhrabat ze všeckého, když jsem přežila rakovinu, tak už musím přežít všechno. Nepřipouštím si, že bych mohla být nějak nemocná. Každý to má jinak, ale já to mám tak.*“

Rozhovor s panem F. K.

Pan F. K. dále označován jako R4. Je to 81 letý muž, kterému byl kolorektální karcinom diagnostikován v roce 2006. Vlivem nádoru byla mu založena trvalá kolostomie. Nyní, je ve starobním důchodu, předtím pracoval na vrátnici. Žije v bytě se svou manželkou.

T:Kolik je Vám let

R4:„*Kolik je mě roků?* (ptá se manželky).

Manželka odpoví:„*81*“

T:Nevypadáte na ty roky

R4:„*že ne, na 14*“ (smích)

T:Kdy Vám byla zjištěna diagnóza rakovina tlustého střeva?

R4:„*Manželka odpovídá:„před 12 rokama.*“

R4:„*To jsem rád, že mám mluvčího, já bych Vám to mohl nějak blbě říct.*“

T:Co Vás přivedlo k lékaři?

Manželka odpovídá: „*Krev měl ve stolici*“

T:Jak dlouho to krvácení trvalo

R4:„*No, to bylo občas někdy, ze dva roky?*“ (ptá se manželky)

Manželka odpovídá:„*Já nevím.*“

R4:„*rok a sem tam. Jeden den ano druhý den ne a potom už se to opakovalo už ten poslední měsíc, když jsem šel k doktorovi, ne nějak moc trochu. Takový kapky rozpuštěný v tym.*“

T:Co Vás napadlo, když jste se dozvěděl diagnózu?

R4:„*Tak to Vám řeknu, tak to Vám teda řeknu. Do teho mi nemluv* (podíval se na manželku). *Šel jsem do Kroměříža tam mě poslali, u toho pana doktora, jak už se jmenoval, to už nevím. Na staré to bylo nemocnici.*“

Manželka říká: *N.*

R4:„*Ale vůbec ne, ty prosímte, ty nevíš nic* (zlobí se manželku). *Byl to pan doktor bezvadné, hodné a skutečně mi do toho zadku vrazil všechno, cosi tam tentovali a přijděte za týden. Já jsem za ten týden tam přišel a on byl úplně takovej divnej. Já říkám „rakovina“,*

jéé on byl z toho úplně vyjevenej. No tož tak to začalo, hned' ty diagnóze a tak dále, a tak dále, vyšetření pořádný. No a tak jsem nastoupil do nemocnice.“

T: Sděлил jste diagnózu své rodině, přátelům hned, co jste se to dozvěděl nebo jste ji nejprve tajil, a řekl až později? Jak rodina reagovala?

Manželka říká: „*Hned, co by to pomohlo, já jsem byla rok před tím na trojité bypass.“*

R4: „*No my jsme zdraví jak buci víte.“*

Manželka říká: „*No byla to rana.“*

R4: „*No tož byla, on nemohl pochopit, že já se temu, že nebečím. Ale nemyslete si co to byla za hrůza ve vnitř. Tož jistě člověk nevěděl, ani jak jede dom, ale před ním jsem byl úplně normálně.“*

T: Během onemocnění Vás asi nejvíce podporovala manželka

R4: „*Určitě, určitě a zas ti známí, když jsem někoho potkal, tak se na to ptal.“*

Manželka dodává: „*A děcka tady jezdily a já.“*

T: Ovlivnil někdo nebo něco vnímání Vaši nemoci?

Manželka se ptá: „*Jak to jako myslíte?“*

T: Například někdo vlivem onemocnění se třeba upevní ve víře.

R4: „*Už Vám rozumím, manželka je slabá a já su taky katolík. Ale že bysme něco s tym, že bysme někde něco, tak normálně.“*

Manželka povídá: „*To nešlo, to ani nešlo, to byla tak holá skutečnost, že.“*

R4: „*Prostě věřící jsme, víme, že něco existuje, ale nikdo neví co, ale říkáme.“*

Manželka říká: „*To byla taková skutečnost, že to nešlo jít a modlit se, já nevím co. Oni nám to řekli na rovinu, až jsem se divila. V nové nemocnici, tam jsme chodili, oni mu ten vývod udělali napřed.“*

R4: „*Třikrát to dělali.“*

Manželka říká: „*Dvakrát, to bylo tady v té svalovině, no to nešlo, to se začlo stahovat, paní doktorka, nebýt jí.“*

R4: „*Vynikající doktorka chodila učit strkat prst a roztahovat.“*

Manželka říká: „*No já jsem z toho byla, no byli jsme z toho v šoku. No a ted' z něho pořád teklo, oni nám řekli, že to bude trochu konečnikem mokvat jo, ale my se to nezdálo, protože my jsme, on třeba ráno vstal, jsem mu dala vložku a on byl úplně, tak pak jsem šla nakou-*

pit ty gaťky, ale to bylo furt mokrý, tož paní doktorka říkala, víte co, já tady zítra přijedu, schovte ty gaťky. Ona říkala vždyť to je moč, mu utíká moč.“

R4: „*Ano to už jsem zapomněl.*

Manželka říká: „*Mu tym konečnikem tekla moč, oni ted' zjistili, že z té jedné ledviny odtrhli močovod. Oni však tam díru, napichli do ledviny jehlu asi 4 měsíce jsme z tou jehlou chodily, jeden pytel druhý. Měl dva vývody, protože ta operace se hned nemohla dělat, protože to tělo by tu zátěž neuneslo no. No a to dopadlo, tak, že šel na druhou operaci, jak už to bylo možný a dali ten vývod normálně už tady (manželka ukazuje místo vývodu na svém břiše). No a pak zase znovu nervy, protože ty pytlíky tam nechcou držet.“*

R4: „*S tím se člověk nenaučí nikdy. “*

T: *Jak se změnil Váš život v souvislosti s onemocněním?*

Manželka říká: „*Strašně, změnil úplně. Změnil, protože se bojí jet vlakem, autobusem, čistě.*

R4: „*Na kole mi zakázali, to já jsem byl předtím zase na operaci s tím, s čím sem to byl, jo to mi zakázali tenkrát. “*

Manželka říká: „*ledvinu měls“*

R4: „*houby ledvinu“*

Manželka říká: „*v ledvině měls kameň, ty neplanci tu slečnu tady, no a my jsme (zapomněla co chce říct),*

R4: „*včil at' rozumuje chytrá.“*

Manželka říká: „*No a oni jak ten vývod udělali znovu, no tak to bylo tak hrozně napuchlý, to bylo hrozný, to tam zas nechtělo držet ty sáčky. No a ještě ho z tama pustili z průjmem, hrozný. “*

R4: „*no tak.“*

Manželka říká: „*Nechcu vzpomínat, nechcu. “*

R4: „*No ona nepotřebuje vědět.“*

Manželka říká: „*No až ten druhý vývod, ten už jako dopadlo dobře.*

R4: „*Napřed se minuli, udělali jeden tady.“*

Manželka říká: „*to jsme už říkali.“*

T: *Změnily se nějak vztahy s rodinou?*

R4: „*Já myslím, že ne, nadávali mi stejně, chválili mě taky stejně a dovčilku to tak je. “*

T: *Jak na Vaše onemocnění reagovalo okolí?*

R4: „Někdo říká, hodně nad tím kroučí hlavou, jak jsem to vydržel tak dlouho, nebo že se to jako.“

Manželka říká: „No je to nepříjemný, co Vám budu říkat. Ráno on spí v dětském pokojíku, já v ložnici, pak ráno větrat že v první řadě. No změnilo se to v té domácnosti, to si musíte pamatovat, ráno přebalit, večír nahánat ho jak Jánošíka, protože on už je na to protivný, někdy se nechce přebalit. No já to lepím, protože to by se, on si to umyje v záchodě, zdělá a já mu tam lepím ty pytlíky na válendě, protože mu už zase vylízá to střevo a on by musel znovu na operaci a on nechce jít.“

R4: „to přece umřu zachvilu.“

Manželka říká: „Takže já mu střevo tam chodím zatláčet.“

R4: „Ono vyleze zas za minutu a tak to bolí, jak to vylízá.“

Manželka říká: „To ovlivnilo v té rodině, že nemože se jít, třeba byste si řekli, když to má někdo normální, oni říkají, že mohou jet aji na dovolenou. No my bysme na tu dovolenou nemohli jet, to by nešlo.“

T: Jaké byly Vaše hodnoty potřeby před onemocněním? Co pro Vás bylo nejdůležitější?

R4: „Já už jsem byl v důchodě tenkrát a sloužil jsem na vrátnici.“

Manželka říká: „Sem tam chodil vypomáhat.“

R4: „Vypomáhal jsem na vrátnici a byl bych tam až do včilku kdyby to nebylo, no nedá se nic dělat.“

Manželka říká: „No a jinak ty hodnoty, my máme v Bílavsku starý barák a zahradu, on říká strašně moc práce, už se tam nedá jako tak dělat.“

R4: „Dělat se dělá ale.“

Manželka říká: „No nedá se nedá, dělá, ale takový leda.“

T: Já jsem třeba myslela i to, že někdo je například kariérista a když přijde nemoc, tak si váží zdraví a rodiny.

R4: „To Vám ještě řeknu, ale ty bud' potichu (říká manželce). Potkávám lidi z fabriky pač jsem tam dlouho dělal a teď idou děvčata a nebo kluci „Dobrý den jak se máte?“ já říkám dobře, peněz máme a zdraví jsme hlavně a teď říkám ne já už idu za dva roky do důchodu. A teď říkám musíš nebo musíte být zdraví. Oni si myslíjou, když je člověk v důchodu, že je dobře.“

Manželka říká: „ale dyť, člověk aji když je dělá je nemocný.“

R4: „ale ano, je to, ale takový úplně jiný.“

Manželka říká: „*je to nepříjemný v rodině řeknu Vám, my třeba jedeme v autě a teď mu to neporučí, co bude nebo nebude.*“

R4: „*no smrdí to.*“

Manželka říká: „*No my když jedeme z Bílavska, tak tam máme plinky, tak už aby se tam nemusel, tak se vhodí plinka a dojede se, že no, ovlivňuje to život, absolutní rodinný život to ovlivňuje.*“

T: Jaké jste měl koníčky, záliby, jak jste trávil volný čas?

R4: „*Holuby, čtení, zahradu.*“

Manželka říká: „*hlavně tu zahrádku.*“

R4: „*Barák jsme přepravovali a to všechno, tak jak jsme to dělali, tak jsme to dělali furt.*“

T: Takže musel jste se vzdát nějakých zálib?

R4: „*Joo to určitě té těžké práce, dokonce ogara mi ryl, dovedete si představit, že Vám děcka ryjou, on je mladej ten můj chlapec, kolik má teprve 54 či kolik?*“

Manželka: „*teď si z toho dělá srandu, ale oni jsou umínění a oni nechcú abychom to dělali. Jenomže on celou dobu Bílavsko byla jeho vidina, no a já už nadávám taky jak čert.*“

T: Co Vás motivovalo k uzdravení?

R4: „*No víte, já jsem si původně říkal, nebo kolikrát jsem si říkal, kdyby mě nechala a byl jsem tam někde v nebi nebo, tak to by bylo lepší, no tak to mě teda nemotivovalo, ale jsem si říkal jsou na tom horší, to mě motivovalo a to nás motivuje, třeba konkrétně aji manželka s trojitým bypassem.*“

Manželka říká: „*to nic není.*“

R4: „*Pravda, že ne. Když jsem viděl v televizi ty chudáky všelijaký, jsou kolem.*“

Manželka říká: „*musíjou byt na vozíku, prosímtě dytto nic není. Tím onemocněním žije tolik lidí, musíme se tomu přizpůsobit no.*“

On říká: „*tak to byla ta motivace*“

T: Jak byste charakterizoval přístup zdravotnického personálu k Vám?

R4: „*Nemožu nadávat, paní doktorka vynikající, naša, ta zahránila manželku a mě prakticky taky dá se říct po všech stránkách a v nemocnici nemůže člověk nic říct, akorát to, jak jsem jel už na operaci, tak sestřička se ptala, kde to chce, kde má udělat ten křížek.*“

Manželka říká: „copak on může vědět, kde to má být, my jsme tam pak jezdili dva měsíce každý den, nebo měsíc a oni to takovýma železama roztahovali. Syn si měnil směny a vždycky ho tam vozil, protože to by nemohl řídit.“

R4: „Vidíte, ta bude spat jak dudek, když se vypovídala.“

T: Poučily Vás sestry o tom, jak máte o sebe pečovat a co by bylo vhodné upravit, změnit?

R4: „Ale jo to jo.“

Manželka říká: „Ta první co tam byla, tak ta byla jednička, ta byla hrozně hodná. Poprvé to byl pro velký šok, ona si nás tam dovedla do takové místnosti, jak měl jít dom a teď aji děcka tam byly, jako, že nám ukazuje co se stím bude dělat. Já když jsem to viděla, já jsem myslela, že spadnu, no ještě ten smrad no a to, to bylo hrozný. Ježíšmarija aji děcka se dívaly, ale musela jsem to zvládnout já. No a ta byla hrozně příjemná. A tak jsme tam jezdila teď se vdala je na mateřské. Teď je tam jiná, jak tam jezdíme pro ty pomůcky co tři měsíce.“

T: Vyhledal jste si během léčby klub stomiků?

R4: „Jo.“

Manželka říká: „V Kroměříži byl klub stomiků, tam byl tam existoval a právě dokud to vedla právě ta mladá, tak se scházelo na Vánoce, třikrát za rok jsme tam jezdili, oběd se dal, posedělo se, povykládalo, třeba se šlo do zámku podívat v Kroměříži, po té zámecké zahradě, na Vánoce se dělali nějaký ty tomboly, každý něco upekl. Byly tam ženský, byli tam chlapi, potom tam přišel doktor, sestřička povykládali o normálních věcech. Tam se třeba soutěžilo o nejlepší cukroví přes Vánoce.“

T: Dohledával jste si informace o svém zdravotním stavu na internetu?

R4: „Ano já ano, já jsem se díval, ale nevěřil jsem tomu většinou. Je tam moc těch pacientů, kteří píšou o tym, jaký měli zkušenosti, co měli. Jsou to většinou pravdivý věci, aji se dokonce jeden zastřelil, to tam taky bylo napsaný.“

T: Vidíte změnu ve svém životě před a po onemocnění?

R4: „Ano v životě změna velká. „

Manželka říká: „Změnil se ten život, ale je to daleko lepší než na vozíku, nebo když někdo jenom leží, třeba po mrtvici.“

On říká: „to jsou stejně osudy, co má být, to bude, mě o tom nikdo nepřesvědčí.“

Rozhovor s paní D. B.

Paní D. B., dále označená jako R5. Je to 72 letá žena, které byl kolorektální karcinom diagnostikován v roce 2004. Vlivem nádoru jí byla založena trvalá kolostomie. Nyní je ve starobním důchodu předtím pracovala jako dělnice. Žije sama ve svém bytě.

T:Kolik je Vám let.

R5:., *V červnu mi bude 72“*

T:Kdy Vám zjištěna diagnóza rakovina tlustého střeva?

R5:., *V roce 2004“*

T:Co Vás přivedlo k lékaři? Preventivní prohlídka nebo jste měla nějaké prohlídka.

R5:., *Ale ne ne, já jsem měla problémy jako s tím břichem, prostě jsem nějak špatně trávila.“*

T:Problémy s nadýmáním?

R5:., *Ano a já jsem šla k naší paní doktorce, která mě poslala do Kroměříža k paní doktorce a ona jak se na mě podívala a říkala „**vy máte nějaké velké břicho**“, já říkám, že ho mám pořád tak plný. „**já Vám udělám tu kolonoskopii.**“*

T:Jak dlouho trvaly ty problémy?

R5:., *No to bylo takové, zkrája já jsem neměla nic, ještě po Novém roku leden, únor nic, až přes ten březen duben, tak ty dva, tři měsíce, jsem se cítila furt taková plná, pak jsem málo a hůře vyprazdňovala, no a pak už jsem jela jak rychlík.“*

T:Svěřila jste se s někomu s těmi problémy?

R5:., *Tož to jsem říkala mojemu, ještě manželovi jako, že půjdu k doktorce. No a pak jak jsem přišla, to ještě nebylo, to se objednávalo. Ona mě právě poslala na vyšetření ze žaludkem, já jsem si právě myslela, že mám problémy se žaludkem“*

T:Co Vás napadlo, když jste se dozvěděla diagnózu?

R5:., *Víte, že nic to bylo v červenci, tam je toho 5. a 6. ty svátky to bylo předtím a na pátek to vyšlo, že se má přijít na ty výsledky. A to mě vezla dcera, už měla volno náhodou z práce. Tak mě vezla ona a ona mi to říkala, že je to, toto, tak ať se idu objednat do ne-*

mocnice. Takže jsme jely hned do té nemocnice ještě v ten pátek. Oni mě tam objednali, v pondělí už jsem nastupovala a ve středu už jsem šla na operaci. Takže já jsem měla takovou bleskovku, takže já jsem neměla čas nad tím uvažovat. No opravdu takový honem, honem, takový šrumec, že jsem nad tím neměla čas uvažovat. Musím zaklepat, já jsem fakt nebečela, jak někdo bečí „já mám rakovinu“, nevím prostě jsem si to nějak ani nestačila vstřebat a uvědomit. No a potom, jak už jsem byla potym, tak mi řekli, že už mi to vybrali, že mi museli udělat ten vývod. Oni mi slíbili, že mi to za rok jako vrátijou. No a já jsem tam jela za ten rok, pan docent tam povídal, že kolik tam dole toho střeva zbylo a říkal, že to bude málo, já už jsem věděla, že bude asi zle, ale vzali mě jako, ale neoperovali. Jenom to udělali laparoskopicky, že se podívají dovnitř, takže ještě mi tím ozařováním nějak poničili močový měchýř. Takže prostě by to nemělo cenu, kdyby se muselo náhodou něco dělat, tak zaplat' pán bůh ne (klepe na stůl) je fakt, že mívám problémy, ale nevím, jestli to je od toho nebo ne, nebo jestli je to těma zánětama. Takže tak jsem skončila s tím.“

T: Jak jste reagovala, když Vám řekli, že budete mít vývod?

R5: „Jsem to brala, protože už jsem to měla rok, takže už jsem si na to zvykla. No a jak se říká, člověk se naučí žít aji s provazem na krku. Já nejsem taková abych, já víc držím v sobě, takže ostatní ne to a dumám si sama tak v duchu o tym, ale že bych to nějak.“

T: Kdo Vás nejvíce během onemocnění podpořoval?

R5: „Tak dcera, ta za mnou jezdívala. Manžel ten už špatně chodil, byl ta za mnou myslím jednou. No a kamarádka tam za mnou přijela, velice dobrá a už je chudera tam taky. Jinak já jsem se s tím nijak ne toto, jinak rodina to věděla, protože to dcera a můj řekli, tak ti to jaksi tak věděli, ale jinak. Já už jsem do práce nechodila, byla jsem v důchodě, ale holky to potom taky věděly, to je jasný. Ta kámoška ještě chodila do práce. No a jinak já to tak nijak netajím. Já s tím nedělám vědu, no tak má, každý máme něco. Já mám něco, co nemají oni (smích). Brávám ten časopis Radim, ten mi hodně pomáhá. Tak ten časopis oni mi ho posílají občas, někdy, tam jsou, opravdu ti pacienti píšou příběhy a aby to bral člověk s humorem, a také jsou tam ukázané různé pomůcky.“ (ukazuje mi časopis).

T: A vy jste členkou klubu stomiků?

R5: „Ne nejsem, oni mi to začali posílat jenom tak, asi na propagaci výrobku. Je to dobře udělaný časopis, jsou šikovní po takové stránce.“

T: Vztahy s rodinou se nějak změnili vlivem onemocnění?

R5: „*Ne nezměnily, to nemůžu říct.*“

T: A jak okolí reagovalo na onemocnění?

R5: „*Taky jsem nepozorovala, že by nějak to. Tak litování jsem řekla, že nechcu a jinak, že by nějaký narážky nebo něco to vůbec.*“

T: Jaké byly Vaše hodnoty a potřeby před onemocněním? Co pro Vás bylo nejdůležitější?

R5: „*No tož já nevím, tak manželství, dcera, to je samozřejmý jako rodina. Manžel byt postavil svépomocně, takže to je náš byt, dcera, aby se vyučila nějak. Má dobrou práci, no tak ona už má 50 roků.*“

T: Změnily se nějak hodnoty nebo potřeby vlivem onemocnění? Spíše asi ty potřeby například s jídlem nebo vyprazdňováním.

R5: „*No tak s tím jídlem to jo, to je pravda, už jsem aji teď minulý rok jsem nějak nápadně zhubla 5 kilo a nebylo mi nic. Vždycky jak jdu koupat tak se zvažím a jednou jsem zjistila, že mám o pět kilo míň. Říkám Ježíš Mária já mám 48, 49 a ještě toto, takže já jsem měla 44 kilo. No tak to jsem říkala, no tak to je blbý, čím to je. Tak jsem jela na tu onkologii no a tam mě jako toto poslala na všechny ty vyšetření nic a já jsem jí říkala, že jako tak dost tu dobu s tím jídlem měla problémy. Tak mě poslala za tou nutriční terapeutkou, napřed jsem jí musela napsat týden co jím, ona se na to dívala, no tak tam jako není nic, maso tam máte, bílkoviny že to, tak mi dala ty nutridrinky a to mě pomohlo, fakt spravilo trochu. Tak jsem to nabrala pomalu zpátky, ne hned tych 5, ale už to začalo se trochu. Já aspoň u sebe mám problémy právě s vitamínama, protože já nemůžu žádnou zeleninu syrovou, a když to povaříte, tak už to není ono, tam už ty vitamíny nejsou. Já nemůžu mrkvu, já nemůžu cibuli, nemůžu česnek, květák, zeli, kedlubny, že to, protože mě to všechno nadýmá, hrášek, holak si nasela hrášek na zahradě, já říkám jenom si ho nech, přitom já jsem měla ráda hrášek, čočku. My jsme hodně vařivali čočkovou polívku aji čočku na kyselo. To včil nic nemůžu, takže mám problémy víc tady s tím no. tTakže musím to nahrazovat, tak vitamínama béčka, céčka no hořčík beru. Můžu jíst hlávkový salát, papriku červenou, takovou tu velkou možu. Já už to má odzkoušené co můžu a co ne. Banán třeba možu, takže se ti už snažím nějak kryt.*“

T: Přehodnotila jste nějak svůj život?

R5: „*No tak, to víte že, včil říkám všeckým, že jim závidím zdraví, ne peníze. Mám sestřenicu, ta má 80 a ta ještě neví, co je to doktor. No ta nebyla u doktora, mimo zubařa co potřebovala opravit zuby. Říkám jí nic ti nezávidím, ale toto ti opravdu závidím. Protože zjistíte, že za peníze si zdraví nekoupíte.*“

T: Co Vás motivovalo k uzdravení?

R5: „*Tož já nevím ono to šlo samo, já Vám říkám já jsem to prostě nebrala tak. A asi jsem tomu nějak věřila, že prostě to bude dobrý. Když mi řekli, že mi to dobře vybrali, tak jsem tak věřila, že to bude dobrý. Ani chemoterapie mi nedělala problémy. Já musím zaklepat, ani jednou mě to nenatáhlo nic, ale on nám dal, tam byl ještě ten (nemůže si vzpomět) doktor a on nám dal jakýsi prášky a to jsem potom, jak jsme přijeli dom z té chemo, tak říkali vzít si a jít spát. A to jsem měla doma jako mojeho a opravdu mi to umožnili, že já jsem přijela, vzala jsem si prášek a já jsem spala a já jsem vstala jak kdybych nic.*“

T: Jak byste charakterizovala přístup zdravotnického personálu k Vám?

R5: „*No tak já si nemůžu stěžovat, opravdu na tom, já to obdivuju, když je tam toho tolik, že v Kroměříži není lůžkové onkologické, takže se leželo normálně na chirurgii.*“

T: Poučily Vás sestry o tom, jak máte o sebe pečovat a co by bylo vhodné upravit nebo změnit?

R5: „*Ano tam chodila stomasestra, taková příjemná paní. Myslím, že tam jsou lidé, že vijou do čeho idou, tak se těm pacientům více věnují.*“

T: Vyhledala jste si během léčby nějakou skupinu stejně nemocných lidí?

R5: „*Ne nevyhledávala.*“

T: Dohledávala jste si informace o svém zdravotním stavu na internetu?

R5: „*Já ne, ale dcera mi dohledávala.*“

T: Vidíte změnu ve svém životě před a po onemocnění? Pokud ano, v čem nejvíce?

R5: „*Vážím si zdraví pokud možu, no a tak jako tu rodinu a manžela, ten mi umřel taky na rakovinu. Měl ledvinu, tu mu vzali, pak se mu to objevilo, ještě na játrech, on už nechtěl jít a nedal na moje slova, vzdal to. Chci být spokojená, a abych se nestresovala, nenervačila něčím a abych byla v pohodě.*“

PŘÍLOHA P III: VYHLÁŠKA Č. 391/2017 SB.

Vyhláška č. 391/2017 Sb.

Vyhláška ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. * V § 2 se písmeno a) zrušuje.

Dosavadní písmena b) až o) se označují jako písmena a) až n).

* V § 2 písm. a) až c) se „slova podle písmene a)“ zrušují.

* V § 2 písm. c) se slova „specifickou ošetrovatelskou péčí péče podle písmene a) poskytovaná pacientům ve vymezeném úseku zdravotní péče (například ošetrovatelská péče poskytována při radiologických výkonech nebo při zabezpečování nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy),“ zrušují.

* V § 2 se za písmeno c) vkládá nové písmeno d), které zní:

„d) specifickou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům ve vymezeném úseku zdravotní péče zejména při poskytování radiologických výkonů, zabezpečí nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy nebo neodkladné péče,“.

Dosavadní písmena d) až n) se označují jako písmena e) až o).

* V § 2 písm. g) se slova „zdravotní péči poskytované“ nahrazují slovy „ poskytování zdravotní péče“, slova „písmenu d)“ se nahrazují slovy „písmenu c)“, slova „kde je nutná zvláštní příprava zdravotnického pracovníka prostřednictvím celoživotního vzdělávání), včetně dlouhodobé přípravy podle dřívějších právních předpisů“ se nahrazují slovy „ke kterým má zdravotnický pracovník specializovanou způsobilost nebo zvláštní specializovanou způsobilost nebo zvláštní specializovanou způsobilost pro úzce vymezené zdravotnické činnosti“.

Poznámka pod čarou č. 1 se zrušuje

* V § 2 se písmeno k) zrušuje.

Dosavadní písmena l) až o) se označují jako písmena k) až n).

* V § 2 se na konci písmene l) čárka nahrazuje tečkou a písmeno m) se zrušuje.

* V § 3 odst. 1 písmeno c) zní:

„c) provádí zápisy do zdravotnické dokumentace a další dokumentace vyplývající z jiných právních předpisů), pracuje s informačním systémem poskytovatele zdravotnických služeb,“.

* V § 3 odst. 1 se na konci textu písmene d) doplňují slova „, zubního lékaře, farmaceuta, klinického psychologa nebo logopeda“.

* V § 3 se na konci odstavce 1 tečka nahrazuje čárkou a doplňují se písmena g) až i), která znějí:

„g) motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe),

h) podílí se na zajištění, zapracování nově nastupujících zdravotnických pracovníků,

i) provádí opatření při řešení následků mimořádné události nebo krizové situace).“.

* V § 4 odst. 1 úvodní části ustanovení se za slovo „lékařem“ vkládají slovo „nebo zubním lékařem“.

* V § 4 odst. 1 písmeno b) zní:

„b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, a další tělesné parametry za použití zdravotnických prostředků,“.

* V § 4 odst. 1 písm. c) se za slovo „zaznamenávat“ vkládají slova „fyzický a psychický“.

* V § 4 odst. 1 písmeno d) zní:

„d) získávat osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu,“.

* V § 4 odst. 1 písm. e) se slova semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky“ zrušují.

* V § 4 odst. 1 písm. f) se za slovo „dýchacích“ vkládají slova „a z permanentní tracheostomické kanyly u pacientů starších 3 let“.

* V § 4 odst. 1 písm. g) se slova „centrální a periferní žilní vstupy, „ zrušují.

* V § 4 odst. 1 se za písmeno g) vkládají nová písmena h) a i), která znějí:

„h) hodnotit a ošetřovat centrální a periferní žilní vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti,

i) pečovat o zavedené močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně provádění výplachů močového měchýře,“.

Dosavadní písmena h) až r) se označují jako písmena j) až t).

* V § 4 odst. 1 písmeno j) zní:

„j) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem, ergoterapeutem a logopedem ve zdravotnické rehabilitační ošetrování, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemísťování, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a cvičení týkající se rehabilitace poruch komunikace a poruch polykání a vyprazdňování a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch imobility,“.

* V § 4 odst. 1 se písmeno k) zrušuje.

Dosavadní písmena l) až t) se označují jako písmena k) až s).

* V § 4 odst. 1 písm. k) se za slovo „postupech“ vkládají slova „použití zdravotnických prostředků“.

* V § 4 odst. 1 písm. n) se slovo „provádět“ nahrazuje slovy „poskytovat a zajišťovat“ a slova „umírajících a jejich blízkých“ se nahrazují slovy „umírajícím a jejich blízkým“.

* V § 4 odst. 1 písm. o) se slova „včetně návykových látek, (dále jen „léčivé přípravky“),“ zrušují.

* V § 4 odst. 1 se písmeno q) zrušuje.

Dosavadní písmena r) a s) se označují jako písmena q) a r)

* V § 4 odst. 1 písmeno r) zní:

„r) zajišťovat stálou připravenost pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků,“.

* V § 4 odst. 1 se doplňují písmena s) a t), které znějí:

„s) doporučovat použití vhodných zdravotnických prostředků pro péči o stomie, chronické rány nebo při inkontinenci,

t) doporučovat vhodné kompenzační zdravotnické prostředky pro zajištění mobility a sebeobsluhy v domácím prostředí“.

* Při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče může všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru a v souladu s diagnózou stanovenou lékařem nebo zubním lékařem vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. a) až k), o) a p).

* Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům a na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře je provádí nebo při nich asistuje nebo zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech nebo po nich; zejména může

a) zavádět periferní žilní katetry pacientům starším 3 let,

b) podávat léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak, nejde-li o nitrožilní injekce nebo infuze u dětí do 3 let věku, pokud není dále uvedeno jinak,

c) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,

d) provádět screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření, odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické; v případě fyziologických výsledků může naplánovat termín další kontroly,

- e) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, drenážních systémů a kůže v průběhu léčby radioterapií,
 - f) odstraňovat stehy u primárně hojících se ran a drény s výjimkou drénů hrudních a v oblasti hlavy,
 - g) provádět močovou katetrizaci žen a dívek starších 3 let,
 - h) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět gastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu u pacientů všech věkových kategorií,
 - i) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let,
 - j) asistovat při zahájení aplikace transfúzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji,
 - k) provádět návštěvní službu a poskytovat péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
 - l) podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely
- * Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře nebo zubního lékaře může
- a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty,
 - b) zpracovávat dentální materiály v ordinaci,
 - c) vykonávat činnosti zubní instrumentárky podle § 40 odst. 1 písm. c).

PŘÍLOHA P IV: HOSPICE V ČR

- Mobilní Hospic Strom života
- Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích
- Hospic Anežky České v Červeném Kostelci
- Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech
- Hospic sv. Lazara v Plzni
- Hospic v Mostě
- Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
- Hospic na Svatém Kopečku
- Hospic Citadela Valašské Meziříčí
- Hospic sv. Alžběty v Brně
- Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice
- Hospic sv. Lukáše Ostrava
- Domácí hospic „Cesta domů“
- Domácí hospic Vysočina, o.p.s. Jihlava
- Domácí Hospic Vysočina, o.p.s. Nové Město na Moravě
- Domácí hospicová péče Třebíč
- Domácí Hospicová péče Žďár nad Sázavou
- Mobilní hospic Dobrého pastýře v Benešově
- Domácí hospic Most k domovu Praha 5, Zbraslav
- Mobilní hospic Ondrášek o.p.s. Ostrava
- Domácí hospic Sdílení o.p.s. Telč
- Domov sv. Josefa v Žirči
- Hospicová péče sv. Zdislavy (Čok, 2015)

PŘÍLOHA P V: RADIM, ČASOPIS STOMIKŮ



(Handlová, 2016)